

# **Die Praxis der ambulanten Pflege aus der Perspektive einer Pflegekraft**

**Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Pflege unter  
besonderer Berücksichtigung der Gestaltung des Verhältnisses zu den  
Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen**

Eine qualitative Studie

Vom Fachbereich  
Gesellschaftswissenschaften  
der Universität Duisburg-Essen

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. rer. pol.

genehmigte Dissertation

von

Nothbaum-Leiding, Birgit

aus  
Aachen

1. Gutachter: Prof. em. Dr. Dieter Grunow

2. Gutachter: Prof. Dr. Ute Klammer

Tag der Disputation: 21.12.2011



*Uwe und Edline,  
Irmgard und Michael  
gewidmet*



# Inhaltsverzeichnis

<b>I EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>1. EINFÜHRUNG IN DAS UNTERSUCHUNGSTHEMA DER ARBEIT .....</b>	<b>1</b>
<b>2. DIE KOORDINATION UND KOOPERATION ZWISCHEN PFLEGEKRÄFTEN UND ANGEHÖRIGEN PFLEGEBEDÜRFTIGER ÄLTERER MENSCHEN IN HÄUSLICHEN PFLEGEARRANGEMENTS.....</b>	<b>3</b>
2.1. DIE VERFLECHTUNG VON FORMELLER UND INFORMELLER PFLEGE IN HÄUSLICHEN PFLEGEARRANGEMENTS: EIN PRAXISRELEVANTES THEMA .....	3
2.2. DIE VERFLECHTUNG VON FORMELLER UND INFORMELLER PFLEGE IN HÄUSLICHEN PFLEGEARRANGEMENTS: EIN SOZIALPOLITISCH RELEVANTES THEMA.....	4
2.3. DIE VERFLECHTUNG VON FORMELLER UND INFORMELLER PFLEGE IN HÄUSLICHEN PFLEGEARRANGEMENTS: EIN WISSENSCHAFTLICH RELEVANTES THEMA.....	6
<b>3. STAND DER FORSCHUNG.....</b>	<b>17</b>
<b>4. EINFÜHRUNG IN DAS UNTERSUCHUNGSDESIGN DER ARBEIT .....</b>	<b>22</b>
<b>5. AUFBAU DER ARBEIT.....</b>	<b>26</b>
<b>II DER UNTERSUCHUNGSPROZESS: EINE SEQUENZ VON ENTSCHEIDUNGEN .....</b>	<b>28</b>
<b>1. DIE DATENAUSWAHL .....</b>	<b>28</b>
1.1. DIE VERFAHRENSMÖGLICHKEITEN IM RAHMEN DER DATENAUSWAHL: DIE KASSELER PFLEGEDIENST-STUDIE ALS FUNDUS .....	28
1.2. DAS AUSWAHLVERFAHREN .....	34

<b>2. DIE METHODIK DER DATENAUSWERTUNG .....</b>	<b>36</b>
2.1. DIE VERFAHRENSMÖGLICHKEITEN IM RAHMEN DER DATENAUSWERTUNG.....	36
2.2. DAS AUSWERTUNGSVERFAHREN.....	44
<b>3. DIE THEMATIK DER DATENAUSWERTUNG .....</b>	<b>48</b>
3.1. DIE ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE .....	48
3.2. DIE LEITFRAGEN DER AUSWERTUNG .....	56
 <b>III DIE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE: ACHT FALLGESCHICHTEN AUS DEM BERUFSALLTAG EINER PFLEGEFACHKRAFT .....</b>	 <b>60</b>
<b>1. DIE ERSTE EPISODE: EINE TOCHTER, DEREN BETEILIGUNG NACH ANSICHT DER PFLEGEFACHKRAFT „OPTIMAL“ IST .....</b>	<b>61</b>
1.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	61
1.2. DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	62
1.2.1. <i>Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen .....</i>	<i>62</i>
1.2.2. <i>Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen .....</i>	<i>74</i>
1.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	104
1.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	106
1.4.1. <i>Handlungsbedingungen .....</i>	<i>107</i>
1.4.2. <i>Handlungsziele .....</i>	<i>117</i>

1.4.3. Handlungsstrategien .....	119
1.4.4 Handlungsfolgen .....	127
<b>2. DIE ZWEITE EPISODE: EINE TOCHTER, DEREN BETEILIGUNG NACH ANSICHT DER PFLEGEFACHKRAFT „BESSER“ SEIN „KÖNNTE“ .....</b>	<b>128</b>
2.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	128
2.2 DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	129
2.2.1. <i>Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	129
2.2.2. <i>Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	139
2.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	170
2.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	171
2.4.1. Handlungsbedingungen .....	172
2.4.2. Handlungsziele .....	182
2.4.3. Handlungsstrategien .....	186
2.4.4. Handlungsfolgen .....	196
<b>3. DIE DRITTE EPISODE: EINE TOCHTER, DIE NACH ANSICHT DER PFLEGEFACHFACHKRAFT „UNHEIMLICH FORDERND UND RESOLUT IST“ .....</b>	<b>197</b>
3.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	197
3.2. DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	198

3.2.1. <i>Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	198
3.2.2. <i>Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	206
3.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	241
3.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	243
3.4.1. <i>Handlungsbedingungen</i> .....	243
3.4.2. <i>Handlungsziele</i> .....	254
3.4.3. <i>Handlungsstrategien</i> .....	257
3.4.4. <i>Handlungsfolgen</i> .....	265
<b>4. DIE VIERTE EPISODE: EINE BERUFSTÄTIGE TOCHTER, DIE NACH AUSSAGE DER PFLEGEFACHKRAFT ERKLÄRT HAT, DASS DAS WOCHENENDE FÜR SIE DIE „EINZIGE“ GELEGENHEIT IST, SICH AUSZUSCHLAFEN</b> .....	<b>266</b>
4.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	266
4.2. .DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	267
4.2.1. <i>Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	267
4.2.2. <i>Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	280
4.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	317
4.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	319



4.4.1. Handlungsbedingungen .....	320
4.4.2. Handlungsziele .....	331
4.4.3. Handlungsstrategien .....	333
4.4.4. Handlungsfolgen .....	343
<b>5. DIE FÜNFTE EPISODE: EINE TOCHTER, DIE NACH ANSICHT DER PFLEGEFACHKRAFT „EIN VEREINSMENSCH" IST UND ES BEI DER BEHANDLUNG IHRER MUTTER AN „LIEBE" FEHLEN LÄSST.....</b>	<b>344</b>
5.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	344
5.2. DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	345
5.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen .....	345
5.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen .....	355
5.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	392
5.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	397
5.4.1. Handlungsbedingungen .....	398
5.4.2. Handlungsziele .....	407
5.4.3. Handlungsstrategien .....	409
5.4.4. Handlungsfolgen .....	416
<b>6. DIE SECHSTE EPISODE: EINE TOCHTER, DIE NACH ANSICHT DER PFLEGEFACHKRAFT „EIN GUTES VERHÄLTNIS ZUM BÜRGERMEISTER" HAT UND ES BEI DER BEHANDLUNG IHRER MUTTER AN „LIEBE" FEHLEN LÄSST.....</b>	<b>417</b>

6.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	417
6.2. DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	418
6.2.1. <i>Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	418
6.2.2. <i>Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	428
6.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	457
6.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	461
6.4.1. <i>Handlungsbedingungen</i> .....	462
6.4.2. <i>Handlungsziele</i> .....	469
6.4.3. <i>Handlungsstrategien</i> .....	471
6.4.4. <i>Handlungsfolgen</i> .....	480
<b>7. DIE SIEBTE EPISODE: EINE SCHWIEGERTOCHTER, DIE NACH AUSKUNFT DER PFLEGEFACHKRAFT GEFORDERT IST, ZWEI HAUSHALTE UND EINE SICH „EIN BIßCHEN EIGENSINNIG“ BENEHMENDE SCHWIEGERMUTTER ZU VERSORGEN</b> .....	<b>481</b>
7.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	481
7.2. DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	482
7.2.1. <i>Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	482
7.2.2. <i>Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen</i> .....	493

7.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	525
7.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	526
7.4.1. Handlungsbedingungen .....	527
7.4.2. Handlungsziele .....	534
7.4.3. Handlungsstrategien .....	536
7.4.4. Handlungsfolgen .....	545
<b>8. DIE ACHTE EPISODE: EINE KINDERLOSE SENIORIN, DEREN EINZIGE VERWANDTE NACH AUSSAGE DER PFLEGEFACHKRAFT BERUFSTÄTIG IST, „KEIN INTERESSE“ ERKENNEN LÄSST UND „ABGEZISCHT“ IST.....</b>	<b>546</b>
8.1. DIE STRUKTUR DES FAMILIALEN NETZWERKES .....	546
8.2. DIE PROZESSE DER FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG .....	547
8.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen .....	547
8.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen .....	566
8.3. DIE ZUKUNFT DER FALLBEARBEITUNG .....	589
8.4. DIE QUINTESSENZEN: FALLAUSWAHL UND FALLBEARBEITUNG AUS DEM BLICKWINKEL DER PFLEGEFACHKRAFT .....	590
8.4.1. Handlungsbedingungen .....	591
8.4.2. Handlungsziele .....	598
8.4.3. Handlungsstrategien .....	599
8.4.4. Handlungsfolgen .....	606

**IV UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE: DAS ERFAHRUNGSWISSEN  
EINER PFLEGEFACHKRAFT - DIE BERUFLICHE SOZIALISATION IN  
DER AMBULANTEN PFLEGE ALS FUNDUS ..... 609**

**1. ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE:  
HANDLUNGSBEDINGUNGEN ..... 609**

1.1. BEDÜRFNISSE UND BEDARF ..... 609

1.2. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN FAMILIALEN ENGAGEMENTS ..... 612

1.3. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN EINES ENGAGEMENTS DER AMBULANTEN  
PFLEGEORGANISATION ..... 613

1.4. RECHTE UND PFLICHTEN DER PFLEGEKRAFT ..... 619

1.5. RECHTE UND PFLICHTEN DER ANGEHÖRIGEN..... 621

1.6. FEHLER: MÖGLICHKEIT UND FAKT ..... 622

**2. ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE: HANDLUNGSZIELE  
..... 624**

**3. ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE:  
HANDLUNGSSTRATEGIEN ..... 627**

3.1. HANDLUNGSSTRATEGIEN IM RAHMEN DER PFLEGEARBEIT..... 627

3.2. HANDLUNGSSTRATEGIEN IM RAHMEN DER KOORDINATIONSARBEIT ..... 633

3.3. HANDLUNGSSTRATEGIEN IM RAHMEN DER FEHLERARBEIT..... 642

**4. ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE:  
HANDLUNGSFOLGEN ..... 644**

**V DIE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE: ZUSAMMENFASSUNG,  
DISKUSSION UND SCHLUSSBETRACHTUNG ..... 651**

## **1. ZUSAMMENFASSUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE..... 651**

### **1.1 DIE ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE: HANDLUNGSBEDINGUNGEN IN VERGLEICHENDER ZUSAMMENSCHAU ..... 654**

#### *1.1.1. Bedürfnisse und Bedarf ..... 654*

#### *1.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements ..... 658*

#### *1.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation ..... 660*

#### *1.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft ..... 665*

#### *1.1.5. Rechte und Pflichten von Angehörigen ..... 669*

#### *1.1.6. Fehler: Möglichkeiten und Fakt..... 673*

### **1.2. DIE ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE: HANDLUNGSZIELE IN VERGLEICHENDER ZUSAMMENSCHAU ..... 676**

### **1.3. DIE ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE: HANDLUNGSSTRATEGIEN IN VERGLEICHENDER ZUSAMMENSCHAU ..... 679**

#### *1.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit ..... 679*

#### *1.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit ..... 687*

#### *1.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit ..... 697*

### **1.4. DIE ARBEITSPROZESSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE: HANDLUNGSFOLGEN IN VERGLEICHENDER ZUSAMMENSCHAU ..... 702**

## **2. DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE..... 705**

### **2.1. DIE VERFLECHTUNG VON FORMELLER UND INFORMELLER PFLEGE IN HÄUSLICHEN PFLEGEARRANGEMENTS: EIN PFLEGE MODELL ZUR SICHERUNG DES VORRANGS HÄUSLICHER PFLEGE VOR UND NACH EINFÜHRUNG DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG ..... 706**

2.2. MODELLE DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER AMBULANTEN PFLEGE VOR UND NACH EINFÜHRUNG DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG .....	714
<b>3. SCHLUSSBETRACHTUNG .....</b>	<b>722</b>
<b>VI LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>727</b>
<b>VII ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>746</b>
<b>VIII DANKSAGUNG .....</b>	<b>747</b>

## I Einleitung

### 1. Einführung in das Untersuchungsthema der Arbeit

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht die **Praxis der ambulanten Pflege**. Wie erlebt und bewältigt eine Pflegekraft ihren Berufsalltag in der ambulanten Pflege? Vor welche Herausforderungen sieht sie sich in ihrem beruflichen Alltag gestellt? Wo sieht sie ihre Möglichkeiten und Grenzen, diese Herausforderungen zu meistern? Untersucht werden berufliche Handlungsvollzüge in einer besonderen Berufswelt: Betrachtet wird der berufliche Alltag in der ambulanten Pflege, der im Unterschied zum Berufsleben in der stationären Pflege Besonderheiten aufweist, die den Arbeitsplatz und die dort geltenden Arbeitsbedingungen betreffen. Kennzeichnend für den Berufsalltag in der ambulanten Pflege ist die in einer Vielzahl beständig wechselnder häuslicher Kontexte zu leistende Erwerbstätigkeit. Die Berufswelt einer Pflegekraft trifft in jenen häuslichen Kontexten auf die Lebenswelt diverser Privatpersonen<sup>1</sup>. Die höhere Präsenz von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen, die geringere Präsenz von Berufskollegen, von Repräsentanten der eigenen Berufswelt, das fehlende Hausrecht<sup>2</sup> und die geringere Kontrolle über das Geschehen am Arbeitsplatz<sup>3</sup> prägen den Berufsalltag in der ambulanten Pflege. Bei der Untersuchung jener beruflichen Handlungsvollzüge wird die Aufmerksamkeit auf eine besondere Perspektive gerichtet: Betrachtet wird die **Perspektive einer Pflegekraft**, die formelle Pflege leistet, und nicht die Perspektive einer Privatperson, der formelle Pflege zu Gute kommen kann. Die **Verknüpfungsfrage**, die Frage nach der Verflechtung von formeller und informeller Pflege im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege, wurde als Schwerpunktthema gewählt: Wie ist es aus Sicht der Pflegekraft um die Koordination und Kooperation mit Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen bestellt? Wie erlebt und behandelt sie Angehörige pflegebedürftiger älterer Menschen, denen sie in häuslichen Pflegearrangements begegnet?

Wenn Pflegekraft und Angehörige pflegebedürftiger älterer Menschen in häuslichen Pflegearrangements aufeinandertreffen, dann begegnen sich Personen, die im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege unterschiedliche Positionen innehaben. Die Pflegekraft verkörpert die auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation bestehenden

---

<sup>1</sup> vgl.: Jansen 1997: 11.

<sup>2</sup> vgl.: Emmrich 2002: 310.

<sup>3</sup> vgl.: Boes 2002: 79.

Unterstützungsmöglichkeiten. Sie verheißt formelle Unterstützung<sup>4</sup>. Unterstützung auf formeller Basis soll meinen: Unterstützung auf Basis einer Berufsausbildung und auf Basis einer beruflichen Verpflichtung, Unterstützung zu Erwerbszwecken<sup>5</sup>. Die Angehörigen verkörpern hingegen die auf Seiten der sozialen Netzwerke pflegebedürftiger älterer Menschen existierenden Unterstützungsmöglichkeiten. Sie verheißen informelle Unterstützung. Unterstützung auf informeller Basis soll bedeuten: private Unterstützung durch Mitglieder der sozialen Netzwerke, denen pflegebedürftige ältere Menschen angehören<sup>6,7</sup>. Sie hat nicht den Charakter von Erwerbsarbeit, sondern den Charakter von privater Sorgearbeit<sup>8</sup>. Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI ist als Leistung an den Versicherten und nicht als Entgelt für familiäre Pflegepersonen konzipiert<sup>9</sup>. Als weitergeleitete Zahlung an familiäre Pflegepersonen hat es Anerkennungscharakter<sup>10</sup>. Anspruchsberechtigte pflegebedürftige Personen können es verwenden, um familiären Pflegepersonen eine Anerkennung zukommen zu lassen<sup>11</sup>.

Die Frage ist: Lässt sich in häuslichen Pflegearrangements ein Unterstützungsnetzwerk aufbauen<sup>12</sup>, das sowohl informelle Unterstützungsleistungen von Angehörigen als auch formelle Unterstützungsleistungen der Pflegekraft umfasst? Im Mittelpunkt der in häuslichen Pflegearrangements beobachtbaren Begegnung zwischen Pflegekraft und Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen steht die Erledigung einer besonderen Aufgabe: die Sicherstellung einer solange wie möglich währenden Pflege im häuslichen Kontext. Arbeiten Pflegekraft und Angehörige pflegebedürftiger älterer Menschen gemeinsam an der Erledigung jener Aufgabe, erhöhen sich die Chancen, Arrangements häuslicher Pflege optimieren zu können<sup>13</sup>. Aus Sicht der Pflegekraft wird die möglichst gemeinsame Erledigung jener Aufgabe zum Bezugspunkt ihrer Bemühungen um Koordination und Kooperation mit den Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen, denen sie in Arrangements häuslicher Pflege begegnet. Koordination stellt eine der Aufgabenerledigung vorausgesetzte organisierende Tätigkeit dar<sup>14</sup>. Es geht darum, dass die Handlungsbeiträge der an der Aufgabenerledigung beteiligten Akteure aufeinander abgestimmt werden<sup>15</sup>. Kooperation meint Zusammenarbeit der am Prozess der

---

<sup>4</sup> vgl.: Backes/Clemens 2008: 297, 'formelle' im Original kursiv.

<sup>5</sup> vgl.: z.B. Hegner 1980.

<sup>6</sup> vgl.: Backes/Clemens 2008: 307, 'informelle' und 'private' im Original kursiv.

<sup>7</sup> Der Begriff des sozialen Netzwerks wird reserviert, um ein „Geflecht von sozialen Beziehungen“ zu bezeichnen, in das Personen eingebunden sind (Jansen 2006: 207).

<sup>8</sup> vgl.: Heinze/Olk/Hilbert 1988: 144.

<sup>9</sup> vgl.: Plantholz 2009: 408.

<sup>10</sup> vgl.: ebd.: 410.

<sup>11</sup> vgl.: Bäcker u.a. 2008: 184.

<sup>12</sup> vgl.: Backes/Clemens 2008: 312.

<sup>13</sup> vgl.: Zeman 1997: 108.

<sup>14</sup> vgl.: Wendt 1993a: 30.

<sup>15</sup> vgl.: Wendt 2010a: 106.



Aufgabenerledigung beteiligten Akteure<sup>16</sup>. Sie teilen die nach Lage der Dinge zu erledigende Arbeit<sup>17</sup>. Sie arbeiten teils zeitgleich, teils zeitversetzt an der Aufgabenerledigung<sup>18</sup>. Kooperation kann jederzeit durch Konflikt und Konkurrenz gefährdet werden<sup>19</sup>. Es gibt keine Garantie dafür, dass Bemühungen um Koordination und Kooperation gelingen<sup>20</sup>.

## **2. Die Koordination und Kooperation zwischen Pflegekräften und Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen in häuslichen Pflegearrangements**

### **2.1. Die Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements: Ein praxisrelevantes Thema**

Die Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements verweist auf ein Kardinalproblem ambulanter Pflege. Bereits vor Jahrzehnten ist in der wissenschaftlichen Diskussion um die Praxis ambulanter Pflege die Erkenntnis formuliert worden, dass die zentrale Bedeutung der ambulanten Pflege in der Verknüpfung zwischen formellen und informellen Pflegeleistungen begründet liegt<sup>21</sup>. Jene Erkenntnis ist von ungebrochener Gültigkeit: Die Koordination und Kooperation mit sozialen Netzwerken, namentlich mit Familienangehörigen, gilt mit Blick auf die Gestaltung der allbezogenen Unterstützungsprozesse<sup>22</sup> als zentrale Herausforderung für die in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte.<sup>23</sup>

Zwar ist die Kombination von formellen und informellen Pflegeleistungen in häuslichen Kontexten bislang nicht zum Regelfall in Sachen Sicherstellung häuslicher Pflege geworden: weder in der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung<sup>24</sup>, noch in der Zeit nach Einführung der Pflegeversicherung<sup>25</sup>. Die Kombination von formeller und informeller Pflege in häuslichen Kontexten hat aber im Verlaufe der Zeit einen Bedeutungszuwachs

---

<sup>16</sup> vgl.: ebd.: 105.

<sup>17</sup> vgl.: Wendt 1993a: 33.

<sup>18</sup> vgl.: Klaes u.a. 2004: 24.

<sup>19</sup> vgl.: Fuchs-Heinritz 2007: 365.

<sup>20</sup> vgl.: Grunow 1992: 210.

<sup>21</sup> vgl.: Grunow/Hegner 1981: 63.

<sup>22</sup> vgl.: Grunow 1992: 218.

<sup>23</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Heinze/Olk/Hilbert 1988: 171; Nothbaum-Leiding 1991: 96; Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 94, 107; Grunow 1993: 227; Grunow/Nothbaum-Leiding 1993: 15; Schaeffer/Büscher/Ewers 2008: 361.

<sup>24</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande 1991: 90, 98; Nothbaum-Leiding 1991: 96; Grunow 1993: 225; Grunow/Nothbaum-Leiding 1993: 10; Schneekloth u.a. 1996: 182.

<sup>25</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Klie/Blaumeiser 2002: 137; Schneekloth/Müller 1999: 62; Schneekloth 2008: 83ff; Döhner/Köhler/Lüdecke 2007: 13; Linden u.a. 2010: 506.

erfahren: einen Bedeutungszuwachs quantitativ begrenzten Ausmaßes<sup>26</sup>. Nicht unerwähnt bleiben darf: Selbst wenn formelle und informelle Pflegeleistungen zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege kombiniert werden, tragen Angehörige normalerweise die „Hauptlast der Versorgung“<sup>27</sup> und erfahren allenfalls marginale Entlastung<sup>28</sup>.

## **2.2. Die Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements: Ein sozialpolitisch relevantes Thema**

Die Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements ist nicht nur ein praxisrelevantes Thema, sondern auch ein Thema von sozialpolitischer Relevanz. Die Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege und die Sicherung der Pflegequalität stehen auf der sozialpolitischen Agenda. Die sozialpolitische Relevanz des Verknüpfungsthemas zeigt sich an den sozialpolitischen Regelungen, die einerseits auf die Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege, andererseits auf die Sicherung der Pflegequalität zielen. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist als Anreizsystem konstruiert<sup>29</sup>, dass der vorrangigen Sicherstellung häuslicher Pflege dient<sup>30</sup>. Die **Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege** gehört zu den wichtigsten Zielsetzungen der gesetzlichen Pflegeversicherung<sup>31</sup>. Das in der Konstruktion des Pflegeversicherungsgesetzes verankerte Subsidiaritätsprinzip<sup>32</sup> verweist auf eine Politik, die zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege auf den Vorrang informeller Pflege setzt<sup>33</sup>. Zwecks Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege<sup>34</sup> zielt die gesetzliche Pflegeversicherung<sup>35</sup> auf „Stärkung“<sup>36</sup> und „Stützung“<sup>37</sup> informeller Pflegeleistungen. Sie soll helfen, die Aufnahme und Aufrechterhaltung informeller Pflege zu unterstützen<sup>38, 39</sup>.

---

<sup>26</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Runde u.a. 1999: 181f; Blaumeiser/Klie 2002: 162; Bartholomeyczik 2006: 1043; Lüdecke 2007: 21; Pfau-Effinger/Och/Eichler 2008: 87; Rothgang 2009: 112.

<sup>27</sup> Büscher/Wingenfeld 2008: 113.

<sup>28</sup> vgl.: Garms-Homolová 2008: 161; Lüdecke/Kohler 2008: 216; Schaeffer/Bücher 2009: 445.

<sup>29</sup> Blüher/Stosberg 2005a: 186.

<sup>30</sup> vgl.: ebd.; Bäcker u.a. 2008: 181; Gerlinger/Röber 2009: 26; Rothgang 2009: 118.

<sup>31</sup> Hofmann/Naegele 2003: 227.

<sup>32</sup> vgl.: Gerlinger/Röber 2009: 20, 123.

<sup>33</sup> vgl.: Blinkert/Klie 1999: 37; Heusinger/Klunder 2005a: 371; Blüher/Stosberg 2005a: 177.

<sup>34</sup> vgl.: Hofmann/Naegele 2003: 228; Gerlinger/Röber 2009: 26.

<sup>35</sup> vgl.: Bäcker u.a. 2008: 181; Rothgang 2009: 125.

<sup>36</sup> vgl.: Gerlinger/Röber 2009: 125; Rothgang 2009: 125.

<sup>37</sup> vgl.: Hofmann/Naegele 2003: 228; Bäcker u.a. 2008: 181.

<sup>38</sup> vgl.: Heusinger/Klunder 2005a: 371; Blüher/Stosberg 2005b: 337, 342; Plantholz/Pöld-Krämer 2009: 349f; Vogel 2009: 416.

<sup>39</sup> Der „Vorrang der häuslichen Pflege“ ist in § 3 SGB XI (Satz 1) verankert worden. Es heißt: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.“ Der Auszug aus dem Gesetzestext ist zitiert nach Krahmer (2009a: 89).

Die gesetzliche Pflegeversicherung setzt zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege, zur Stärkung und Stützung informeller Pflegeleistungen, auch auf die Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements. Sie eröffnet diverse Kopplungschancen: Die gesetzlich geschaffene Möglichkeit, Pflegesachleistungen<sup>40</sup> in Anspruch zu nehmen, sowie die gesetzlich verankerte Möglichkeit, Pflegesachleistungen in Kombination mit Pflegegeld<sup>41</sup> zu beanspruchen, können die Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements anregen<sup>42</sup>. Auch die gesetzlich vorgesehenen Beratungsleistungen, wie etwa die Pflegeberatung nach § 7a PVG, können die Kopplung von formellen und informellen Pflegeleistungen in Arrangements häuslicher Pflege fördern<sup>43</sup>. Ferner können die gesetzlich vorgesehenen Betreuungsleistungen<sup>44</sup> zu einer Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements führen<sup>45, 46</sup>. Dem Subsidiaritätsprinzip gemäß<sup>47</sup>, sind die von ambulanten Pflegeorganisationen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Pflegesachleistungen nicht als Ersatz für familiäre Pflege, sondern nur als „Ergänzung zur familialen Pflege“<sup>48</sup> konzipiert.<sup>49</sup>

Nicht nur die Konstruktion des Pflegeversicherungsgesetzes<sup>50</sup>, sondern auch die lange „vor Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes“<sup>51</sup> betriebene Förderung von Sozialstationen<sup>52</sup> belegt: Die Kopplung von informeller und formeller Pflege war und ist eine zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege sozialpolitisch erwünschte Strategie. Das Verhältnis zwischen formellen und informellen Pflegeleistungen ist „das sozialpolitische Leitthema“<sup>53</sup> ambulanter Pflege geblieben<sup>54</sup>. Das sozialpolitische Interesse, zwecks Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege auf die Kombination von formeller und informeller Pflege zu setzen, war und ist einerseits mit der Hoffnung verbunden, eine Stärkung informeller Pflege durch formelle Pflege zu erzielen,

---

<sup>40</sup> vgl.: § 36 SGB XI.

<sup>41</sup> vgl.: § 38 SGB XI.

<sup>42</sup> vgl.: Zeman 1996: 19; Zeman 2000: 101.

<sup>43</sup> vgl.: Schiffer-Werneburg 2009a: 119; Schiffer-Werneburg 2009b: 938.

<sup>44</sup> vgl.: § 45a PVG.

<sup>45</sup> vgl.: Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2009: 132, 155..

<sup>46</sup> In § 8 SGB XI (Absatz 2, Satz 3) heißt es mit Blick auf die „Verantwortung“ von „Pflegeeinrichtungen“: Sie „unterstützen und fördern“ die „Bereitschaft“ der Angehörigen, informelle „Pflege und Betreuung“ zu leisten. Der Auszug aus dem Gesetzestext ist zitiert nach Klie (2009a: 148).

<sup>47</sup> vgl.: Gerlinger/Röber 2009: 20, 123.

<sup>48</sup> Bäcker u.a. 2008: 192.

<sup>49</sup> In § 4 SGB XI (Absatz 2, Satz 1) heißt es: „Bei häuslicher und teils tationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung“. Der Auszug aus dem Gesetzestext ist zitiert nach Krahmer (2009b: 93f).

<sup>50</sup> vgl.: Zeman 1996: 19; Zeman 2000: 101.

<sup>51</sup> Röttger-Liepmann 2007: 101.

<sup>52</sup> vgl.: Grunow/Hegner/Lempert 1979: 53, 66; Grunow/Hegner 1981: 55, 63; Dahme u.a. 1980: 13, 42, 325; Heinze/Olk/Hilbert 1988: 157f.

<sup>53</sup> Braun/Articus 1984: 58.

<sup>54</sup> vgl.: Bromme 1999: 3, 5.

andererseits mit der Befürchtung verwoben, eine Schwächung informeller Pflege durch formelle Pflege zu bewirken<sup>55</sup>.

Zu den Zielen der gesetzlichen Pflegeversicherung zählt auch die **Qualitätsverbesserung in der Pflege**<sup>56</sup>. Die gesetzliche Pflegeversicherung zielt nicht nur auf die Sicherung der Qualität formeller Pflege, sondern auch auf die Sicherung der Qualität informeller Pflege. Die gesetzliche Pflegeversicherung setzt zwecks Qualitätssicherung in der informellen Pflege auf formelle Pflegeberatung<sup>57, 58</sup>. Die Nutzung der formellen Pflegeberatung in Gestalt der Pflegekurse und häuslichen Pflegeberatung<sup>59</sup> ist freiwillig, derweil die Nutzung der formellen Pflegeberatung in Gestalt des Beratungseinsatzes<sup>60</sup> bei ausschließlicher Bezug von Pflegegeld verpflichtend ist.<sup>61</sup> Die Konstruktion des Pflegeversicherungsgesetzes verdeutlicht: Die Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements ist eine Strategie, die nicht nur zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege, sondern auch zur Sicherung der Qualität informeller Pflege sozialpolitisch erwünscht ist.

### **2.3. Die Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements: Ein wissenschaftlich relevantes Thema**

Die Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements ist schließlich auch ein Thema von wissenschaftlicher Relevanz. Die Rekonstruktion der **nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung** wissenschaftlicherseits geführten Debatte um die Zukunft der Pflegewelt zeigt: Aus sozialwissenschaftlicher, politikwissenschaftlicher und pflegewissenschaftlicher Perspektive werden jene Problemstellungen aufgegriffen, die auf der sozialpolitischen Agenda stehen. Wie lässt sich der Vorrang häuslicher Pflege in Zukunft sicherstellen? Wie lässt sich die Qualität der Pflege künftig sichern? Sowohl die Debatte um die Sicherung des Vorrangs

<sup>55</sup> vgl.: Bromme 1999: 3, 5; Röber 2008: 11, 19; Fünfte Altenberichtskommission 2005: 191.

<sup>56</sup> vgl.: Hofmann/Naegelé 2003: 228, Gerlinger/Röber 2009: 23, Rothgang 2009: 99.

<sup>57</sup> vgl.: § 37 SGB XI; § 45 SGB XI.

<sup>58</sup> § 37 SGB XI (Absatz 3, Satz 2) lautet: „Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden“. Der Auszug aus dem Gesetzestext ist zitiert nach Plantholz (2009: 405). In § 45 SGB XI (Absatz 1, Satz 1) steht geschrieben: „Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte und seelische Belastungen zu mindern“. Der Auszug aus dem Gesetzestext ist zitiert nach Krahmer (2009c: 565).

<sup>59</sup> vgl.: § 45 SGB XI.

<sup>60</sup> vgl.: § 37 SGB XI.

<sup>61</sup> In § 37 SGB XI (Absatz 3, Satz 1) heißt es: „Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben 1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal, 2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung“, durch eine „anerkannte Beratungsstelle“ u.U. auch „durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch nicht von ihr beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen“. Der Auszug aus dem Gesetzestext ist zitiert nach Plantholz (2009: 405).

häuslicher Pflege, als auch die Diskussion um die Sicherung der Pflegequalität zeugt von der wissenschaftlichen Relevanz des Verknüpfungsthemas.

Den Ausgangspunkt der wissenschaftlichen Debatte um die **Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege** bildet eine Problemdefinition: Es wird das „sich verschärfende gesellschaftliche Pflegeproblem“<sup>62</sup> thematisiert. Erstens werden Gefährdungspotentiale diagnostiziert, die eine Strategie, die zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege allein auf informelle Pflege setzt, riskant erscheinen lassen: Es wird auf die Belastungen verwiesen, denen pflegende Angehörige ausgesetzt sind<sup>63</sup>. Zweitens werden Gefährdungspotentiale prognostiziert, die eine Strategie, die zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege allein auf informelle Pflege setzt, zusätzlich riskant erscheinen lassen: Unter Bezugnahme auf demographische und soziale Wandlungsprozesse wird mit einer künftig steigenden Zahl pflegebedürftiger Personen<sup>64</sup> und mit einer künftig schwindenden „Zahl potentieller familiärer Pflegepersonen“<sup>65</sup> gerechnet. Es wird befürchtet, dass es künftig nicht nur zu Einbrüchen beim familiären Pflegepotential<sup>66</sup>, sondern auch zu Einbrüchen bei der „Pflegebereitschaft“<sup>67</sup> und „Pflegefähigkeit“<sup>68</sup> von Familien kommt.<sup>69</sup>

<sup>70</sup> Angehörige verkörpern den größten Pflegedienst der Republik und bilden die „Achillesferse des deutschen Pflegesystems“<sup>71</sup>. Es lassen sich weder Abbrüche häuslicher Pflege, noch Ausfälle familiärer Pflegepersonen ausschließen. Auch lässt sich die Vakanz der familialen Pflegerolle nicht ausschließen. Angehörige stellen kein Reservoir dar, aus dem sich bei Bedarf informelle Pflegeleistungen abschöpfen lassen<sup>72</sup>. Die Suche nach einer geeigneten Problemlösungsstrategie für „das sich verschärfende gesellschaftliche Pflegeproblem“<sup>73</sup> steht im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Debatte um die Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege: Das klassische Modell häuslicher Pflege, das allein auf informeller Pflege basierende Arrangement häuslicher Pflege, wird als „Auslaufmodell“<sup>74</sup> bezeichnet. Die Kombination von formeller und informeller Pflege in

---

<sup>62</sup> Zeman 2000: 261.

<sup>63</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Roth/Stockmann/Scheibenzuber 2007: 3; Dörpinghaus u.a. 2008: 144ff; Leichsenring 2008: 127; Lüdecke/Mnich/Kofahl 2008: 120f; Runde u.a. 2009: 36.

<sup>64</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Winter 2003: 8; Naegele 2007: 21; Blinkert 2007: 227; Blinkert/Klie 2008: 241; Schaeffer/Büscher/Ewers 2008: 352.

<sup>65</sup> Naegele 2007: 21f.

<sup>66</sup> vgl.: Blinkert 2007: 229; Blinkert/Klie 2008: 243; Rothgang 2009: 125.

<sup>67</sup> Rothgang 2009: 125.

<sup>68</sup> ebd.: 126.

<sup>69</sup> Einzelheiten zu den unterstellten demographischen und sozialen Wandelungsprozessen finden sich beispielsweise in den Arbeiten von Naegele (2007: 21f), Blinkert/Klie (2008: 242), Büscher/Wingenfeld (2008: 304f), Dörpinghaus u.a. (2008: 141) sowie Gerlinger und Röber (2009: 51).

<sup>70</sup> Hinweise auf die Unwägbarkeit der unterstellten Entwicklung von Pflegebedürftigkeit und informeller Pflege lassen sich beispielsweise folgenden Arbeiten entnehmen: von Winter (2003: 8, 10f, 19f), Roth/Stockmann/Scheibenzuber (2007: 4) und Schaeffer/Büscher/Ewers (2008: 352).

<sup>71</sup> Dörpinghaus u.a. 2008: 150.

<sup>72</sup> vgl.: Zeman 2008: 301.

<sup>73</sup> Zeman 2000: 261.

<sup>74</sup> Trilling/Klie 2003: 119.

häuslichen Kontexten gilt hingegen als Zukunftsmodell der Pflege: Sie wird als „Pflegeform der Zukunft“<sup>75</sup> bezeichnet. Sie wird als zukunftsweisende Möglichkeit betrachtet, die häusliche Pflege sicherzustellen<sup>76</sup> und den Vorrang häuslicher Pflege zu wahren<sup>77</sup>. Die Kombination von formeller und informeller Pflege in häuslichen Kontexten wird als optimale Strategie zur Sicherstellung der häuslichen Pflege bewertet<sup>78</sup>. Somit reflektiert nicht nur die sozialpolitische Strategie der Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements, sondern auch die wissenschaftliche Debatte um die Kopplungsstrategie die gesellschaftlich verbreitete Vorstellung von der häuslichen Pflege als „Idealform der Versorgung“<sup>79</sup> und die gesellschaftlich verbreitete Präferenz für häusliche Pflege<sup>80</sup>. Gleichwohl wird betont, dass häusliche Pflege im Vergleich zur stationären Pflege nicht in jedem Fall als bessere Lösung anzusehen ist<sup>81</sup>.

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten, in denen **theoretische Reflexionen** über das Verhältnis von formeller und informeller Pflege angestellt werden. Kontext jener Reflexionen ist das als Zukunftsmodell der Pflege gehandelte **Komplementaritätsmodell häuslicher Pflege**, dessen praktische Verankerung als „Gebot der Stunde“<sup>82</sup> betrachtet wird. Unterstellt wird, dass eine Ergänzung informeller Pflege durch formelle Pflege möglich ist<sup>83</sup>, obgleich sich die Kopplung von formeller und informeller Pflege „nicht voraussetzungslos“<sup>84</sup> bewerkstelligen lässt. Die Aufmerksamkeit gilt erstens den Folgen, die eine Kombination von formeller und informeller Pflege für Prozesse der Sicherstellung der häuslichen Pflege haben kann. Propagiert wird: Die Ergänzung informeller Pflege durch formelle Pflege kann „Synergien“<sup>85</sup> erzeugen und die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in häuslichen Kontexten optimieren<sup>86</sup>. Auch auf der Ebene der wissenschaftlichen Diskussion um die Sicherung der Pflege ist ein Konsens beobachtbar: Die Stärkung informeller Pflege durch formelle Pflege gilt als erwünschte Kopplungsfolge, während eine Schwächung informeller Pflege durch formelle Pflege als unerwünschte Kopplungsfolge betrachtet wird. Die Aufmerksamkeit wird zweitens auf Strukturbedingungen gerichtet, die eine Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Kontexten behindern können. Es wird auf die zwischen formeller und

---

<sup>75</sup> Lüdecke/Mnich 2009: 8.

<sup>76</sup> vgl.: Blinkert/Klie 1998: 27; Blinkert/Klie 1999: 206f.

<sup>77</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Blüher/Stosberg 2005a: 182; Röttger-Liepmann 2007: 192; Backes/Clemens 2008: 312; Blinkert/Klie 2008: 253; Rothgang 2009: 126.

<sup>78</sup> vgl.: Zeman 1997: 108.

<sup>79</sup> Blinkert/Klie 2008: 239.

<sup>80</sup> vgl.: Bubolz-Lutz 2006: 9; Schaeffer/Büscher/Ewers 2008: 369; Kuhlmeiy u.a. 2010: 6.

<sup>81</sup> vgl.: Kruse 2007: 14f; Naegele 2007: 27.

<sup>82</sup> Zeman 1996: 153.

<sup>83</sup> vgl.: Zeman 1996: 18; Zeman 2000: 158.

<sup>84</sup> Zeman 2000: 210.

<sup>85</sup> ebd.: 264.

<sup>86</sup> vgl.: Zeman 1996: 18; Zeman 1999: 384; Zeman 2000: 158, 228.

informeller Pflege bestehenden, strukturbedingten „**Kompatibilitätsprobleme**“<sup>87</sup> verwiesen. Sie lassen sich als Folge der Unterschiedlichkeit von formeller und informeller Pflege begreifen.

Es bestehen Unterschiede im „Grad der Konzentration auf die pflegerische Aufgabe“<sup>88</sup>: Angehörige richten ihre Aufmerksamkeit auf den Erhalt der gesamten Lebenssituation: nicht ausschließlich auf die optimale Erfüllung der Pflegeaufgabe<sup>89</sup>. Sie sind nicht primär auf Perfektionierung der medizinisch-pflegerischen Versorgung<sup>90</sup> bedacht. Sie sind vielmehr um Normalisierung des Alltagslebens bemüht<sup>91</sup>: ungeachtet des sich entwickelnden Pflegebedarfs und ungeachtet der zu leistenden informellen Pflege<sup>92</sup>. Für Pflegekräfte steht dagegen die Pflegeaufgabe und deren optimale Erledigung im Vordergrund<sup>93</sup>. Sie sind auf Sicherung der „pflegerischen Effektivität“<sup>94</sup> bedacht und um Perfektionierung „der medizinisch-pflegerischen Versorgung“<sup>95</sup> bemüht.

Ferner bestehen Unterschiede in der „Balance zwischen Anforderungen“<sup>96</sup>: Pflegende Angehörige müssen nicht nur der Anforderung gerecht werden, informelle Pflege zu leisten, sondern müssen jene Anforderung, informelle Pflege zu leisten, auch mit der Anforderung in Einklang bringen, den Alltag zu bewältigen. Sie stehen vor der Herausforderung, dem eigenen Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung soweit möglich Rechnung zu tragen<sup>97</sup>. Pflegekräfte sehen sich gefordert, ihr berufliches Selbstverständnis und ihre fachlichen Kompetenzen mit den strukturellen Rahmenbedingungen<sup>98</sup> in Einklang zu bringen: den rechtlichen, finanziellen und zeitlichen Vorgaben. Sie sind müssen sich der Anforderung nach betriebswirtschaftlicher Bestandserhaltung und individueller Arbeitsplatzsicherung<sup>99</sup> stellen und den „Erwartungen der Lebenswelt“<sup>100</sup> Rechnung tragen.

Unterschiede gibt es auch in der „Balance von Arbeits- und Beziehungsorientierung“<sup>101</sup>: Im Vordergrund informeller Pflege steht der Kranke als Person<sup>102</sup>. Informelle Pflege ist nicht nur Arbeit, sondern auch Beziehung. Informelle Pflegebeziehung ist zugleich

---

<sup>87</sup> Zeman 2000: 121, Zeman 1999: 377; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>88</sup> Zeman 1999: 384.

<sup>89</sup> vgl.: Zeman 2005a: 252.

<sup>90</sup> vgl.: Zeman 1997: 98.

<sup>91</sup> vgl.: ebd.: 98.

<sup>92</sup> Zeman 2002: 159.

<sup>93</sup> vgl.: Zeman 2005a: 252, Schroeter 2004: 145; Schroeter 2008: 63.

<sup>94</sup> Zeman 2000: 264.

<sup>95</sup> Zeman 1997: 98.

<sup>96</sup> Zeman 1999: 384.

<sup>97</sup> vgl.: Zeman 2005a: 252; Schroeter 2004: 145; Schroeter 2008: 63.

<sup>98</sup> vgl.: Zeman 2005a: 252.

<sup>99</sup> vgl.: ebd.: 253.

<sup>100</sup> Schroeter 2004: 145; Schroeter 2008: 63.

<sup>101</sup> Zeman 1999: 385.

<sup>102</sup> vgl.: Zeman 2005a: 253; Schröter 2004: 145, Schroeter 2008: 64.

„Beziehungspflege“<sup>103</sup>. Im Vordergrund formeller Pflege steht hingegen die Person als Kranker<sup>104</sup>. Formelle Pflege ist Arbeit<sup>105</sup>, die sich nicht in einem Beziehungsvakuum erledigen lässt. Pflegekräfte gehen zu Zwecken des Arbeitsvollzugs eine nicht primär persönlich definierte Beziehung zu der erkrankten Person ein<sup>106</sup>. Die Arbeitsqualität bleibt auch von der Beziehungsqualität abhängig<sup>107</sup>.

Unterschiedlich sind zudem die handlungsleitenden Mechanismen, die „Wissens- und Kompetenzprofile“<sup>108</sup>: Informelle Pflege ist „Sorgearbeit“<sup>109</sup>. Sie gründet auf der Reziprozität familiärer Unterstützungsleistungen und auf der affektiven Solidarität unter Familienangehörigen<sup>110</sup>, basiert auf Einzelfallwissen, das sich etwa im Wissen um Beziehungsgeschichten und im Wissen um persönliche Lebensgeschichten niederschlägt, und fußt auf „Alltagskompetenz und Alltagssprache“<sup>111</sup>. Formelle Pflege hingegen ist „Erwerbsarbeit“<sup>112</sup>. Sie gründet auf „Fachwissen“<sup>113</sup>, „Fachkompetenz“<sup>114</sup> und „Fachsprache“<sup>115</sup>.

Die Aufmerksamkeit erschöpft sich allerdings nicht in der Betrachtung der zwischen formeller und informeller Pflege bestehenden, strukturell bedingten Kompatibilitätsprobleme<sup>116</sup>, sondern erstreckt sich auch auf die Bestimmung der Möglichkeiten und Grenzen, die „Kompatibilität“<sup>117</sup> der formellen und informellen Verfahrensweisen zu sichern. Die Sicherstellung der Kompatibilität des formellen und informellen Vorgehens gilt als die vielleicht wichtigste Bedingung für die praktische Verankerung des Komplementaritätsmodells häuslicher Pflege. Unterstellt wird, dass es möglich ist, die Kompatibilität des formellen und informellen Vorgehens durch wechselseitige Anpassungsleistungen sicherzustellen. Unterstellt wird auch, dass eine Pflegefachkraft im Unterschied zu einem Angehörigen auf rationalere Weise an der Förderung wechselseitiger Anpassungsleistungen arbeiten kann. Sicherung der Kompatibilität der formellen und informellen Verfahrensweisen durch wechselseitige Anpassungsleistungen ist jedoch nicht nur eine Frage des persönlichen Engagements einer Pflegefachkraft, sondern auch eine Frage der strukturell verankerten Handlungsspielräume, über die sie zur Förderung wechselseitiger

---

<sup>103</sup> Zeman 2000: 157.

<sup>104</sup> vgl.: Zeman 2005a: 253; Schroeter 2004: 145, Schroeter 2008: 64.

<sup>105</sup> vgl.: Zeman 1996: 22.

<sup>106</sup> vgl.: Zeman 2005a: 253; Schroeter 2004: 145, Schroeter 2008: 64.

<sup>107</sup> vgl.: Röber 2008: 150.

<sup>108</sup> Zeman 1999: 385.

<sup>109</sup> Zeman 2005a: 252; Schroeter 2004: 145; Schroeter 2008: 63.

<sup>110</sup> vgl.: Zeman 1999: 384; Zeman 2005a: 252.

<sup>111</sup> vgl.: Schroeter 2004: 146; Schroeter 2008: 64.

<sup>112</sup> Zeman 1999: 385; 2005a: 252.

<sup>113</sup> Zeman 2000: 264.

<sup>114</sup> Zeman 2005a: 252.

<sup>115</sup> Zeman 2000: 264; Schroeter 2004: 146; Schroeter 2008: 64.

<sup>116</sup> vgl.: Zeman 1999: 377; Zeman 2000: 121.

<sup>117</sup> Zeman 1999: 377; Zeman 2000: 121; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.



Anpassungsleistungen verfügt<sup>118</sup>. Es gilt, eine von Vertrauen geprägte Arbeitsbeziehung aufzubauen<sup>119</sup> und einen Arbeitskonsens herzustellen, der eine Verständigung über die Pflegeziele, über die Verfügbarkeit formeller und informeller Ressourcen und über deren Einbindung in ein gemeinsames Pflegearrangement beinhaltet<sup>120</sup>. Folglich braucht es zeitliche Spielräume für Reflexion und Kommunikation<sup>121</sup>. Es bleibt anzumerken, dass Lücken der Professionalität in den pflegerischen Diensten als zusätzliche Barrieren wider eine Vernetzung von informellen und formellen Hilfen<sup>122</sup> gelten.

Es gibt mittlerweile auch eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten, die das Bemühen erkennen lassen, Prozesse der Koordination und Kooperation zwischen Pflegepersonal und sozialen Netzwerken begrifflich gesondert zu fassen. Die Wahl der Begrifflichkeiten verdeutlicht: Es wird die wechselseitige Kombinierbarkeit von formeller und informeller Pflege unterstellt. Die gewählten Begrifflichkeiten beziehen sich zum einen auf das Kopplungsergebnis, zum anderen auf den Kopplungsprozess. Es werden sprachliche Konstruktionen verwendet, die auf die Vielzahl der Helfer verweisen und die Verschiedenartigkeit der Helfer entweder implizit unterstellen oder explizit erwähnen. Die Wahl der Begrifflichkeiten verweist zugleich auf sich bietende **wissenschaftliche Anschlussmöglichkeiten**.

- Von „Wohlfahrtsmixturen“<sup>123</sup>, von „Mixturen der Hilfe“<sup>124</sup> und von „Hilfemixturen“<sup>125</sup>, von „Pflegemixturen“<sup>126</sup> und „Pflegemixes“<sup>127</sup> ist die Rede. Von „gemischten Arrangements“ häuslicher Pflege<sup>128</sup>, von „gemischten Pflegearrangements“<sup>129</sup> in häuslichen Kontexten und von „gemischten häuslichen Pflegearrangements“<sup>130</sup> wird gesprochen.
- Die Rede ist von der „Verknüpfung zwischen informellem und formellem Pflegesystem“<sup>131</sup> von der „Verknüpfung informeller mit formellen Helfern“<sup>132</sup>, von der „Vernetzung zwischen formeller und informeller Pflegeleistung“<sup>133</sup> und von

<sup>118</sup> vgl.: Zeman 2000: 210.

<sup>119</sup> vgl.: Zeman 2002: 160.

<sup>120</sup> vgl.: Zeman 1998a: 72; Zeman 1998b: 112.

<sup>121</sup> vgl.: Zeman 1998a: 79; Zeman 1998b: 120.

<sup>122</sup> vgl.: Zeman 1999: 381.

<sup>123</sup> Röber 2008: 2.

<sup>124</sup> Jansen/Klie 1999: 538.

<sup>125</sup> Blaumeiser/Klie 2002: 169.

<sup>126</sup> Klie/Blaumeiser 2002: 132.

<sup>127</sup> Röttger-Liepmann 2007: 192.

<sup>128</sup> Evers/Olk 1996b: 369.

<sup>129</sup> Jansen 1999: 527.

<sup>130</sup> Röber 2008: 120.

<sup>131</sup> Jansen 1999: 621.

<sup>132</sup> Backes/Clemens 2008: 312.

<sup>133</sup> Zeman 2000: 261.

der „Vernetzung der informellen sozialen Netzwerke mit professionell-formellen Netzwerken“<sup>134</sup>. Auch von „formell-informell gemischten Unterstützungsnetzwerken“<sup>135</sup> ist die Rede.

Die nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geführte wissenschaftliche Debatte um eine in häuslichen Kontexten zu bewerkstelligende Kopplung von formeller und informeller Pflege ist einerseits mit der bereits **vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung** einsetzenden Diskussion um den Welfare Mix<sup>136</sup> verwoben. Andererseits schließt sie an eine Diskussion an, die vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung um soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Netzwerkförderung geführt worden ist<sup>137</sup>. Auch jene Diskurse um Welfare Mix und Netzwerkförderung sind wechselseitig anschlussfähig<sup>138</sup>.

Die wissenschaftliche Debatte um soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und **Netzwerkförderung**<sup>139</sup> stand im Zeichen einer auf Netzwerkförderung setzenden Sozialpolitik<sup>140</sup>. Netzwerkförderung galt als „Ausdruck einer neuen Subsidiarität“<sup>141</sup>.<sup>142</sup> Angebote formeller Unterstützung sollten beispielsweise, die Bereitschaft und Fähigkeit, informelle Unterstützung zu leisten, wahren und mehren<sup>143</sup>. Die wissenschaftliche Aufmerksamkeit galt mithin der wechselseitigen Verknüpfbarkeit von formeller und informeller Unterstützung. Unterstellt wurde: Zwischen formeller und informeller Unterstützung lässt sich ein „**Komplementaritätsverhältnis**“<sup>144</sup> herstellen. Sie können einander ergänzen<sup>145</sup>. Unterstellt wurde ferner: Der kombinierte Einsatz beider Unterstützungsformen hat „die höchstmöglichen Wohlfahrteffekte“<sup>146</sup> zur Folge. Betont wurde: Den zwischen formeller und informeller Unterstützung bestehenden **Kompatibilitätsproblemen** ist Rechnung zu tragen. Sie lassen sich nicht lösen. Es bleibt vielmehr ein „Rest an Unvereinbarkeit“<sup>147</sup>. Es gilt, das problemgeladene Verhältnis

---

<sup>134</sup> Otto 2005: 505.

<sup>135</sup> Blinkert/Klie 1999: 206.

<sup>136</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Evers 1988; Evers 1993a; Evers/Olk 1991.

<sup>137</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Badura u.a. 1983: 220, Badura 1985: 88; Olk/Heinze 1985: 261; Trojan 1985: 44; Trojan u.a. 1987: 294; Keupp 1987: 50; Keupp 1988: 259; Heinze/Olk/Hilbert 1988: 140, 154; Nestmann 1989: 120; Damkowski/Luckey 1990: 102.

<sup>138</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Heinze/Olk/Hilbert 1988: 148f, 154; Evers/Olk 1996a: 14ff, 37; Evers/Olk 1996b: 347f, 350, 368f.

<sup>139</sup> Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>140</sup> Heinze/Olk/Hilbert 1988: 154.

<sup>141</sup> Badura u.a. 1983: 220.

<sup>142</sup> Weitere Hinweise zur seinerzeit diskutierten „neuen Subsidiarität“ (Badura u.a. 1983: 20) finden sich etwa bei Olk und Heinze (1985: 258ff), Keupp (1987: 45f) sowie bei Damkowski und Luckey (1990: 56f).

<sup>143</sup> vgl.: Heinze/Olk/Hilbert 1988: 154.

<sup>144</sup> ebd.: 154; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>145</sup> vgl.: Badura 1985: 88; Heinze/Olk/Hilbert 1988: 147.

<sup>146</sup> Heinze/Olk/Hilbert 1988: 154.

<sup>147</sup> von Kardoff/Stark 1987: 243.

zwischen formeller und informeller Unterstützung<sup>148</sup> in einer Weise zu gestalten, die wechselseitig aushaltbar ist<sup>149</sup>. „Patentrezepte gibt es nicht“<sup>150</sup>. **„Strategien der Netzwerkförderung“**<sup>151</sup> wurden wissenschaftlicherseits als geboten betrachtet. Es wurde wissenschaftlicherseits an der Erfassung und Systematisierung von Netzwerkförderungsstrategien gearbeitet<sup>152</sup>. Als Netzwerkförderungsstrategien wurden beispielsweise die Verknüpfung von formeller und informeller Unterstützung<sup>153</sup>, die „Unterstützung der Unterstützer“<sup>154</sup> und die „Stärkung der Netzwerkorientierung“<sup>155</sup> im System formeller Unterstützung betrachtet. Die Verknüpfung von formeller und informeller Unterstützung<sup>156</sup>, auch Vernetzung von formeller und informeller Unterstützung genannt<sup>157</sup>, wurde als eine der zentralen Netzwerkförderungsstrategien bezeichnet. Verdeutlicht wurde: Sie lässt sich in ein System netzwerkfördernder Strategien einbinden. Sie kann mit Netzwerkförderungsstrategien wie der Stärkung der Netzwerkorientierung im System formeller Unterstützung<sup>158</sup> und der „Unterstützung der Unterstützer“<sup>159</sup> verbunden werden. Eine Stärkung der Netzwerkorientierung im System formeller Unterstützung kann die Verknüpfung von formeller und informeller Unterstützung erleichtern<sup>160</sup>, derweil sich mit einer Vernetzung von formeller und informeller Unterstützung<sup>161</sup> informellen Helfern formelle Hilfe erschließen kann<sup>162</sup>. Die wissenschaftliche Aufmerksamkeit galt nicht nur der Netzwerkförderung im Bereich der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung<sup>163</sup>, sondern auch der Netzwerkförderung im Bereich der pflegerischen Versorgung. Als Experimentierfeld einer auf Netzwerkförderung zielenden Sozialpolitik<sup>164</sup> wahrgenommen, hatte die ambulante Pflege die wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf sich gezogen<sup>165</sup>.

Die nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geführte wissenschaftliche Debatte um eine in häuslichen Kontexten zu bewerkstelligende Kopplung von formeller und informeller Pflege schließt in zweifacher Hinsicht an jene lange vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geführte Debatte um soziale Netzwerke, soziale

---

<sup>148</sup> vgl.: Olk 1985: 141.

<sup>149</sup> vgl.: ebd.: 142.

<sup>150</sup> von Kardoff/Stark 1987: 243.

<sup>151</sup> Heinze/Olk/Hilbert 1988: 154; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>152</sup> vgl.: Röhrle/Stark 1985: 38f; Trojan u.a. 1987: 306, 310; Nestmann 1989: 114ff.

<sup>153</sup> vgl.: Nestmann 1989: 119.

<sup>154</sup> Badura 1985: 91; Nestmann 1989: 115.

<sup>155</sup> Nestmann 1989: 119.

<sup>156</sup> vgl.: ebd.: 119.

<sup>157</sup> vgl.: ebd.: 115.

<sup>158</sup> vgl.: ebd.: 119.

<sup>159</sup> Badura 1985: 91; Nestmann 1989: 115.

<sup>160</sup> vgl.: Nestmann 1989: 119.

<sup>161</sup> vgl.: ebd.: 115.

<sup>162</sup> vgl.: ebd.: 120.

<sup>163</sup> vgl. hierzu beispielsweise: von Kardoff/Stark 1987: 228ff; Trojan u.a. 1987: 306ff.

<sup>164</sup> Heinze/Olk/Hilbert 1988: 154.

<sup>165</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Hegner 1979; Grunow/Hegner 1981; Heinze/Olk/Hilbert 1988: 155ff.

Unterstützung und Netzwerkförderung an: einerseits auf der Ebene der Reflexionen über die im Verhältnis zwischen formeller und informeller Unterstützung bestehenden Komplementaritätschancen und Kompatibilitätsbarrieren, andererseits auf der Ebene der Reflexionen über Strategien der Aktivierung und Verfestigung informeller Unterstützungsleistungen.

- Die Debatte um die Vernetzung von formeller und informeller Unterstützung<sup>166</sup> ist als Debatte um die „Vernetzung zwischen formeller und informeller Pflegeleistung“<sup>167</sup> zu einem Dauerbrenner in der nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geführten wissenschaftlichen Diskussion um die Sicherung der Pflege geworden: Das wissenschaftliche Engagement hat sich allerdings nicht nur darauf beschränkt, die Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Kontexten als Zukunftsmodell der Pflege zu definieren, sondern hat sich auch darauf erstreckt, die mit der gesetzlichen Pflegeversicherung geschaffenen Rahmenbedingungen für Kopplungsprozesse in der ambulanten Pflege kritisch zu beleuchten<sup>168</sup>.
- Die Debatte um die „Unterstützung der Unterstützer“<sup>169</sup> hat sich mittlerweile als Kern einer neuen Rhetorik<sup>170</sup>, nicht nur im sozialpolitischen, sondern auch im wissenschaftlichen Diskurs um die künftige Sicherung der Pflege etabliert. Im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung sind wissenschaftlicherseits wiederholt Hilfen für familiäre Pflegepersonen angemahnt worden<sup>171</sup>. Auch ist wissenschaftlicherseits die Dringlichkeit betont worden, familiäre Pflegepersonen verstärkt durch professionelle Pflege zu unterstützen, „soll die Pflege auch in Zukunft sichergestellt werden“<sup>172</sup>.
- Die Debatte um die Stärkung der Netzwerkorientierung im System formeller Unterstützung<sup>173</sup> hat sich als Debatte um die Netzwerkorientierung in der ambulanten Pflege<sup>174</sup> verfestigt. Im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung ist die in der Praxis der ambulanten Pflege verankerte Angehörigenorientierung

---

<sup>166</sup> vgl.: Nestmann 1989: 115.

<sup>167</sup> Zeman 2000: 261.

<sup>168</sup> vgl. hierzu beispielsweise: Zeman 1999: 377; Zeman 2000: 121; Zeman 2005b: 331.

<sup>169</sup> Badura 1985: 91; Nestmann 1989: 115.

<sup>170</sup> vgl.: Evers/Pruckner-Riedel 1995: 6.

<sup>171</sup> vgl. hierzu beispielweise: Dörpinghaus/Weidner 2006: 17; Döhner u.a. 2007: 177; Dörpinghaus u.a. 2008: 19; Schaeffer/Wingenfeld 2008: 302.

<sup>172</sup> Rothgang 2009: 122.

<sup>173</sup> vgl.: Nestmann 1989: 119.

<sup>174</sup> vgl.: Steiner-Hummel 1995: 187.

wissenschaftlicherseits wiederholt kritisiert worden: Beanstandet wird, dass Angehörige als Ressource, als Mitarbeiter oder als Klienten betrachtet werden<sup>175</sup> und die Angehörigenperspektive vernachlässigt wird<sup>176</sup>.

Als Strategie zur systematischen Förderung der Vernetzung zwischen formeller und informeller Unterstützung<sup>177</sup> lässt sich das „Case Management“<sup>178</sup>, auch „Unterstützungsmanagement“<sup>179</sup> genannt, betrachten.<sup>180</sup> Es gilt als Methode zur einzelfallbezogenen Organisation von Unterstützungsprozessen in komplexen<sup>181</sup> und kontingenten Bedarfslagen<sup>182</sup>. Es setzt zur Stärkung von Unterstützungsnetzwerken auf die Kopplung von formellen und informellen Unterstützungsleistungen<sup>183</sup>. Es ist auf die Unterstützung von Angehörigen gerichtet, die ältere Familienmitglieder im häuslichen Kontext pflegen und betreuen<sup>184</sup>. Es ist nicht nur in der sozialpolitischen Diskussion um die Sicherung der Pflege<sup>185</sup>, sondern auch in der wissenschaftlichen Debatte um die Sicherung der Pflege von hoher Aktualität<sup>186</sup>.

Die wissenschaftliche Relevanz des Verknüpfungsthemas zeigt sich nicht nur an der Debatte um die Sicherung der Pflege, sondern auch an der Diskussion um die **Sicherung der Pflegequalität**. Die wissenschaftliche Aufmerksamkeit gilt erstens der **Herstellung von Qualität in der ambulanten Pflege**. Deutlich wird: Pflegequalität wird in einem **Prozess der Koproduktion** hergestellt. Es heißt: Die Qualität der Pflege ist abhängig von der Koordination<sup>187</sup> und „Kooperation aller Beteiligten“<sup>188</sup>. Pflegequalität wird in einem kommunikativen Prozess hergestellt<sup>189</sup>, an dem in häuslichen Kontexten neben Pflegekräften und pflegebedürftigen Personen<sup>190</sup> auch Angehörige beteiligt sind<sup>191</sup>. Angehörige sind nicht nur „Koproduzenten der Pflege“<sup>192</sup>, sondern auch

<sup>175</sup> vgl.: Zeman 2000: 211; Zeman 2005b: 321.

<sup>176</sup> vgl.: Jansen/von Kardorff 1995: 16; Jansen 1997: 238; Jansen 1999: 625.

<sup>177</sup> vgl.: Wendt 2009: 42.

<sup>178</sup> Wendt 2009: 41; Wendt 2010a: 67, 124.

<sup>179</sup> Wendt 2010a: 63.

<sup>180</sup> Einblick in den Stand der Diskussion um den Casemanagement-Begriff gewähren beispielsweise die Arbeiten von Wendt (2010a: 15f, 63, 67; 2010b: 215, 220f). Einblick in das Modell des Unterstützungsmanagements bieten folgende Arbeiten von Wendt (1988a; 1988b; 1991; 1992; 1993a; 1993b).

<sup>181</sup> vgl.: Wendt 2009: 39; Wendt 2010a: 15.

<sup>182</sup> vgl.: Wendt 2009: 39; Wendt 2010a: 59.

<sup>183</sup> vgl.: Wendt 2010a: 125.

<sup>184</sup> vgl.: Wendt 2010b: 222.

<sup>185</sup> vgl.: Wendt 2009: 17; Schiffer-Werneburg 2009a: 119; Frommelt u.a. 2008: 16.

<sup>186</sup> vgl. hierzu beispielweise: Schroeter 2006: 76ff; Klie 2007: 208ff; Dörpinghaus u.a. 2008: 100ff; 172f; Wendt 2010a: 205ff; Rothgang 2009: 122.

<sup>187</sup> vgl.: Evers/Olk 1995b: 71; Evers/Olk 1996b: 71.

<sup>188</sup> Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 14.

<sup>189</sup> vgl.: Roth 2003b: 64; Garms-Homolová/Roth 2004: 3.

<sup>190</sup> vgl.: Garms-Homolová/Roth 2004: 3; Roth 2007b: 44; Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 18.

<sup>191</sup> vgl.: Göpfert-Divivier/Lauer 2001: 212.

<sup>192</sup> Stratmeyer 2005: 30.

„Koproduzenten von Qualität“<sup>193</sup>. Die Möglichkeiten der Pflegekräfte, auf Angehörige Einfluss zu nehmen, um fachlichen Handlungsstandards Geltung zu verschaffen, sind begrenzt<sup>194</sup>. Koordinationsmängel führen meist direkt zu einer Beeinträchtigung in der Qualität der Pflege<sup>195</sup>. Deutlich wird ferner: Maßnahmen zur Qualitätssicherung können **kontraproduktive Effekte** haben. Nicht nur um die Kontraproduktivität des als Pflichtveranstaltung konzipierten Beratungseinsatzes<sup>196</sup>, sondern auch um die Kontraproduktivität der Pflegedokumentationen ist eine Debatte entbrannt: Einerseits heißt es: Pflegedokumentationen stellen „Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege“<sup>197</sup> dar. Andererseits heißt es: Pflegedokumentationen gefährden die Pflegequalität<sup>198</sup>. Es wird auf Probleme der Bürokratisierung der Pflege verwiesen, die in der „Pflicht zur umfassenden Pflegedokumentation“<sup>199</sup> begründet liegen. Möglichkeiten und Grenzen einer Entbürokratisierung der Pflegedokumentation werden vielfach diskutiert<sup>200</sup>.

Die wissenschaftliche Aufmerksamkeit ist zweitens auf die **Bewertung von Qualität in der ambulanten Pflege** gerichtet. Verdeutlicht wird: Eine Beurteilung der Ergebnisqualität muss die **Effekte der Koproduktion** berücksichtigen.<sup>201</sup> Es heißt: Wenn Pflegequalität von der Kooperation aller Beteiligten abhängig ist, dann kann sie „nicht in monokausalen Zusammenhängen gemessen werden“<sup>202</sup>, dann sind die „technokratischen“<sup>203</sup> Denkmodelle, die Monokausalität unterstellen<sup>204</sup>, unangemessen und durch „prozessorientierte systemisch-interaktionelle“<sup>205</sup> Denkmodelle zu ersetzen. Die Anforderung, den Koproduktionsfaktor bei der Qualitätsbeurteilung zu berücksichtigen, stellt allerdings die große Herausforderung bei der Beurteilung der Pflegequalität dar<sup>206</sup>. Effekte der Koproduktion lassen sich nur schlecht beurteilen<sup>207</sup>. Effekte formeller Pflege und Effekte informeller Pflege lassen sich im häuslichen Pflegebereich schwerlich trennen<sup>208</sup>. Erschwerend kommt hinzu: Effekte der

---

<sup>193</sup> ebd.: 30.

<sup>194</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>195</sup> vgl.: Grunow 1992: 210.

<sup>196</sup> vgl.: Boes 2002: 9; Fringer/Büscher 2006: 52; Bäcker u.a. 2008: 190.

<sup>197</sup> Stemmer 2009a: 9.

<sup>198</sup> vgl. Blüher 2004: 50; Blüher/Stosberg 2005b: 357; Stratmeyer 2005: 27; Stemmer 2006: 1; Stemmer 2009a: 9.

<sup>199</sup> Klie 2009c: 1052.

<sup>200</sup> vgl.: Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 55.

<sup>201</sup> Einblick in den Stand der Diskussion um den Begriff der Pflegequalität bieten etwa die Arbeiten von Roth (2003b: 65, 2007a: 82, 2007b: 44), Garms-Homolová und Roth (2004: 3), Stemmer (2006: 1), Görres, Hasseler und Mitnacht (2008: 10) sowie Klie (2009c: 1049).

<sup>202</sup> Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 14.

<sup>203</sup> Stratmeyer 2005: 31.

<sup>204</sup> vgl.: Stemmer 2006: 1; Roth 2007a: 82; Roth 2007b: 44.

<sup>205</sup> Stratmeyer 2005: 31.

<sup>206</sup> vgl.: Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 55.

<sup>207</sup> vgl.: Roth 2009: 245.

<sup>208</sup> vgl.: Habermann/Biedermann 2008: 328.

Krankheitsbearbeitung sind vielfach nicht eindeutig von Effekten der Krankheitsentwicklung zu unterscheiden<sup>209</sup>. Veränderungen können einerseits auf die Pflegearbeit, andererseits auf den Verlauf einer Erkrankung zurückgeführt werden. Sie können auch „beiden Einflussgrößen gemeinsam“<sup>210</sup> zugeschrieben werden. Des Weiteren wird deutlich gemacht: Qualitätsbewertungen müssen dem Umstand Rechnung tragen, dass die **Qualitätsdefinitionen der Koproduzenten** auseinanderklaffen können<sup>211</sup>. Folglich sind die Qualitätsdefinitionen aller Koproduzenten zu berücksichtigen sind<sup>212</sup>. Es werden Forderungen laut, die Aufmerksamkeit bei der Qualitätsbewertung stärker auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden auch von Angehörigen zu richten<sup>213</sup>.

### 3. Stand der Forschung

Es stellt sich nunmehr die **Frage**: Ist die Frage nach der Kopplung zwischen formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements nicht nur zu einer Leitfrage theoretischer Reflexionen, sondern auch zu einer Leitfrage **empirischer Forschung**<sup>214</sup> geworden? Jene Frage ist mit Blick auf das für die Zwecke dieser Arbeit gewählte Untersuchungsthema zu **spezifizieren**: Inwieweit werden in häuslichen Pflegesituationen ablaufende Prozesse der Interaktion zwischen Pflegekraft und Angehörigen untersucht und inwieweit wird die Personalsicht auf jene Interaktionsprozesse, in denen es um Probleme der Verflechtung von informeller und formeller Pflege sowie um Möglichkeiten und Grenzen der Problembearbeitung geht, als Bezugspunkt der Untersuchung gewählt?

Unter den Studien, die die Praxis der ambulanten Pflege aus **Personalperspektive**, sprich: im Rahmen von Personalbefragungen, beleuchten, finden sich nur vereinzelt Studien, welche die in der Interaktion mit Angehörigen zu bewerkstelligende **Verflechtung** zwischen formellen und informellen Pflegeleistungen als **Handlungsproblem ambulanter Pflege** eigens in den **Mittelpunkt** der Untersuchung stellen. Einige empirische Studien stammen aus der Zeit **vor** Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Einige empirische Arbeiten sind hingegen in der Zeit **nach** Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung entstanden. Hervorzuheben sind:

---

<sup>209</sup> vgl.: Garms-Homolová/Roth 2004: 28.

<sup>210</sup> Stemmer 2009b: 83.

<sup>211</sup> vgl.: Roth 2003b: 64; Garms-Homolová/Roth 2004: 4.

<sup>212</sup> vgl.: Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 50f.

<sup>213</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>214</sup> vgl.: Grunow/Hegner 1981: 51.

- die HAMBURGER Sozialstationen-Studie<sup>215</sup>, in der die Möglichkeiten und Grenzen des Pflegepersonals untersucht wurden, die familiäre Selbsthilfe in häuslichen Pflegearrangements zu fördern,
- die Pflegedienst-Studie aus Westfalen<sup>216</sup>, in der Interaktionen zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Hilfesystemen in der häuslichen Pflege betrachtet wurden,<sup>217</sup>
- ferner die Studie des Deutschen Zentrums für Altersfragen<sup>218</sup>, in der die „Wechselwirkung von informellen und formellen Helfern“ beleuchtet wurde<sup>219</sup>, und last not least Studien neueren Datums,
- in denen die Bedeutung, die informelle Pflegeleistungen und familiäre Pflegepersonen für Pflegekräfte haben<sup>220</sup> und die Beziehungen zwischen familiären Pflegepersonen und Pflegekräften in häuslichen Pflegearrangements<sup>221</sup> erforscht wurden.

Unter den empirischen Arbeiten, die die Praxis der ambulanten Pflege aus Personalperspektive, sprich: im Rahmen von Personalbefragungen, beleuchten, gibt es eine Reihe von Studien, welche die auf der Ebene der Interaktion mit Angehörigen zu leistende Verschränkung zwischen formeller und informeller Pflege als Handlungsproblem ambulanter Pflege zwar **nicht** eigens in den **Mittelpunkt der Untersuchung** rücken, aber zumindest punktuell Einblick in die Verknüpfungproblematik bieten. Zu erwähnen sind sowohl Forschungsarbeiten aus der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung als auch Forschungsarbeiten der Zeit nach Einführung der Pflegeversicherung:

- Im Mittelpunkt der Berliner Sozialstationen-Studie<sup>222</sup> stand die Betrachtung der Funktionsweise ambulanter Pflegedienste und die Identifikation der Vielfalt an

<sup>215</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 26, 29.

<sup>216</sup> vgl.: Evers/Olk 1995b: 71.

<sup>217</sup> Diese Studie wird auch in folgenden Publikationen behandelt: Evers 1993b, Evers/Olk 1995a, sowie Evers/Olk 1996a und 1996b.

<sup>218</sup> vgl.: Zeman 1994: 174.

<sup>219</sup> Auf diese Studie nimmt Zeman auch in seinen Publikationen aus den Jahren 1993, 1996, 2000 und 2005b Bezug.

<sup>220</sup> Emmrich 2002: 311.

<sup>221</sup> Büscher 2007: 3.

<sup>222</sup> vgl.: Garms-Homolová/Hütter/Schaeffer 1989: 35; Garms-Homolová/Schaeffer: 47.



Handlungsproblemen, die das Pflegepersonal in der alltäglichen Handlungspraxis zu meistern hat.

- In der Augsburger Sozialstationen-Studie<sup>223</sup> stellten die Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Pflegedienste, die Hilfsbedürftigkeit älterer Menschen zu bewältigen, das zu Untersuchungszwecken ausgewählte Handlungsproblem ambulanter Pflege dar.
- Auch in Studien neueren Datums wurde die Diskrepanz zwischen dem beruflichen Selbstverständnis von Pflegekräften und den strukturellen Rahmenbedingungen ambulanter Pflegedienste als Handlungsproblem ambulanter Pflege untersucht<sup>224 225 226</sup>.
- Die Möglichkeiten und Grenzen, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit älterer Menschen in häuslichen Pflegearrangements zu stützen, wurden in der Studie von HEUSINGER und KLÜNDER<sup>227 228</sup> sowie in der Studie von HEINEMANN-KNOCH, KNOCH und KORTE<sup>229</sup> als Handlungsproblem ambulanter Pflege behandelt<sup>230</sup>.
- Die Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Pflege, die häusliche Versorgung bei besonderen Nutzergruppen sicherzustellen, nämlich bei Schwerkranken<sup>231</sup> und Alleinlebenden<sup>232</sup> wurden ebenfalls als Handlungsproblem ambulanter Pflege untersucht.

---

<sup>223</sup> vgl.: Heinemann-Knoch u.a. 1982: 258, Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 103; Heinemann-Knoch/de Rijke 1987: 214.

<sup>224</sup> vgl.: Blüher 2004; Blüher/Stosberg 2005a; 2005b; Boes 2002; 2003; Holle 2004; Büscher u.a. 2005, 2007.

<sup>225</sup> Blüher (2004) sowie Blüher und Stosberg (2005) präsentieren ihre Studie über Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften, die in der ambulanten Pflege tätig sind.

<sup>226</sup> Büscher u.a (2007: 343) stellen ihr Forschungsprojekt über „Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege“ vor. Büscher u.a (2005) legen den zugehörigen Abschlussbericht vor.

<sup>227</sup> vgl.: Heusinger/Klünder 2005a; 2005b.

<sup>228</sup> Heusinger und Klünder (2005a: 370 und 2005b: 12) stellen ihre Studie zum „Steuerungsverhalten in häuslichen Pflegearrangements“ vor. Auch in folgenden Publikationen nehmen sie auf jene Studie Bezug: Heusinger und Klünder (2003; 2004a; 2004b; 2005c) sowie Heusinger (2008).

<sup>229</sup> Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2008.

<sup>230</sup> Heinemann-Knoch, Knoch und Korte (2008: 146) präsentieren ihre Studie zur Qualität von „Hilfe- und Pflegearrangements älterer Menschen in Privathaushalten“. Auf diese Studie beziehen sie auch in den folgenden Publikationen: Knoch, Korte und Heinemann-Knoch (2005) sowie Heinemann-Koch, Korte und Knoch (2005).

<sup>231</sup> vgl.: Ewers/Schaeffer 1999; Schaeffer/Ewers 2002; Lademann 2007.

<sup>232</sup> vgl.: Ludwig 2002.

Bleibt anzumerken: Auch Studien, die im Rahmen von Personalbefragungen die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege eigens als Handlungsproblem ambulanter Pflege behandeln<sup>233</sup>, lassen sich Hinweise auf das Problem der Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements entnehmen.<sup>234</sup> Jene sich für die Zwecke dieser Arbeit mehr oder weniger eignenden Bezugsstudien sind teils in der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung, teils in der Zeit nach Einführung der Pflegeversicherung entstanden. Sie decken einen Zeitraum von etwa drei Jahrzehnten ab. Gemeinsam ist ihnen zwar die Konzentration auf die Personalperspektive. Unterschiede bestehen aber hinsichtlich der gewählten Untersuchungsthemen, d.h. hinsichtlich der Wahl des untersuchten Handlungsproblems. Unterschiede bestehen zudem im Hinblick auf die gewählten Untersuchungsdesigns. Wie lassen sich die Ergebnisse jener Bezugsstudien mit Blick auf das Untersuchungsthema der vorliegenden Arbeit **zusammenfassen**? Auffällig ist die relative Kontinuität des gebotenen Bildes.

Patientenorientierung bildet den Kern des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften ambulanter Pflegedienste<sup>235</sup>. Nicht die Angehörigen, sondern die pflegebedürftigen Personen stehen **vor**<sup>236</sup> **wie nach**<sup>237</sup> **der Einführung der Pflegeversicherung** im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Pflegepersonals. Die Handlungsspielräume für patientenorientiertes Handeln sind **nach**<sup>238</sup> **wie vor**<sup>239</sup> strukturell bedingt begrenzt. **Vor**<sup>240</sup> Einführung der Pflegeversicherung, **wie danach**<sup>241</sup> befinden sich die Pflegekräfte in einem Konflikt zwischen Patientenbindung und Wirtschaftlichkeitsgebot. Außerdem **Vor**<sup>242</sup> **wie nach**<sup>243</sup> Einführung der Pflegeversicherung nutzen sie in der Interaktion mit Pflegebedürftigen Handlungsstrategien, die es ihnen erlauben, trotz strukturell bedingter

<sup>233</sup> vgl.: Boucsein/Grunow 2002; Roth 2001, 2003a, 2003.

<sup>234</sup> Bei den Publikationen von Roth (2001, 2003a, 2003b) handelt es sich um Präsentationen ein und derselben von ihm durchgeführten Studie zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege aus Personalsicht.

<sup>235</sup> vgl.: Blüher 2004: 30, 43; Blüher/Stosberg 2005b: 359.

<sup>236</sup> vgl.: Evers 1993b: 249; Evers/Olk 1995a: 69; Evers/Olk 1995b: 95.

<sup>237</sup> vgl.: Ewers/Schaeffer 1999: 56; Boes 2002: 61f; Boes 2003: 353; Blüher/Stosberg 2005a: 184; Büscher u.a. 2005: 89; Büscher u.a. 2007: 350; Büscher 2007: 83, 97; Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2008: 151, 164.

<sup>238</sup> vgl.: Ewers/Schaeffer 1999: 54; Schaeffer/Ewers 2002: 189; Blüher/Stosberg 2005b: 356, 360; Büscher 2007: 92, 93.

<sup>239</sup> vgl.: Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 104, 107; Garms-Homolová/Hütter/Schaeffer 1989: 41.

<sup>240</sup> vgl.: Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 112, 114, 122; Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 50, 56.

<sup>241</sup> vgl.: Evers/Rauch 1998: 15; Ewers/Schaeffer 1999: 17; Boes 2002: 88; Boes 2003: 355; Holle 2004: 48, 50; Blüher 2004: 25, 30; Blüher/Stosberg 2005a: 184; Blüher/Stosberg 2005b: 358.

<sup>242</sup> vgl.: Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 83; Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 128ff.

<sup>243</sup> vgl.: Boes 2002: 80, 88; Boes 2003: 349; Holle 2004: 44, 55, 59f, 77; Büscher 2007: 92, 100; Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2008: 151.

Handlungsspielräume Arrangements häuslicher Pflege zu entwickeln, die sie gemessen an ihrem beruflichen Selbstverständnis als tragfähig erachten.

Die „Tour“<sup>244</sup> und die mit „Zeitvorgaben“<sup>245</sup> versehenen Einsätze während einer Tour bilden den Rahmen nicht nur für die Interaktion mit Patienten<sup>246</sup>, sondern auch für die Interaktion mit Angehörigen. Das Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege in häuslichen Kontexten war und ist ein schwieriges Verhältnis: Ambulante Pflegeorganisationen können **schwerlich ohne** Engagement von Angehörigen funktionieren: **vor**<sup>247</sup> **wie nach**<sup>248</sup>. Ambulante Pflegeorganisationen können aber auch nur **schwerlich mit** Engagement von Angehörigen funktionieren: **vor**<sup>249</sup> **wie nach**<sup>250</sup>. Die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen gilt **vor**<sup>251</sup> **wie nach**<sup>252</sup> als konfliktanfällig. Angehörige gelten unter Umständen als „Störfaktor“<sup>253</sup>. Die Beziehung zwischen Pflegekräften und Angehörigen gilt **vor**<sup>254</sup> **wie nach**<sup>255</sup> als nicht frei von Konkurrenz. Pflegekräfte verweisen auf Koordinationsprobleme, die es in der Interaktion mit Angehörigen in häuslichen Pflegearrangements zu bewältigen gilt<sup>256</sup>.

Pflegefachkräfte sind im Rahmen ihrer Möglichkeiten um Entlastung von Angehörigen bemüht<sup>257</sup> und setzen Maßnahmen zur Entlastung von Angehörigen als Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege ein<sup>258</sup>. Sie sind auf Arbeitsteilung bei den Pflegeleistungen bedacht<sup>259</sup>: Es kann bei der Verteilung der Verantwortlichkeiten für Pflegeleistungen einerseits zur Bildung gemeinsamer Aufgabenbereiche<sup>260</sup>, andererseits zur Bildung getrennter Aufgabenbereiche<sup>261</sup> kommen. Getrennte Aufgabenbereiche können aber auch im Falle einer Trennung zwischen Pflegeleistungen, als Aufgabenbereich des Pflegepersonals, und pflegeorganisatorischen Leistungen, als Aufgabenbereich von Angehörigen, entstehen<sup>262</sup>.

---

<sup>244</sup> Holle 2004: 44.

<sup>245</sup> Holle 2004: 48.

<sup>246</sup> vgl.: Holle 2004: 44.

<sup>247</sup> vgl.: Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 88; Heinemann-Knoch u.a. 1982: 258, 260.

<sup>248</sup> vgl.: Boes 2002: 52; Ludwig 2002: 3f; Schaeffer/Ewers 2002: 189; Lademann 2007: 95f.

<sup>249</sup> vgl.: Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 91; Heinemann-Knoch u.a. 1982: 262.

<sup>250</sup> vgl.: Boes 2002: 52; Schaeffer/Ewers 2002: 190.

<sup>251</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 222; Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 91f; Zeman 1993: 238f, 242f; Zeman 1994: 180f; Evers/Olk 1995a: 70f; Evers/Olk 1995b: 91f.

<sup>252</sup> vgl.: Boes 2002: 52, 67; Emmrich 2002: 326f, 329; Schaeffer/Ewers 2002: 190; Holle 2004: 53f; Büscher 2007: 88, 96, 104; Heusinger/Klunder 2005b: 255.

<sup>253</sup> Ewers/Schaeffer 1999: 62.

<sup>254</sup> vgl.: Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 92; Zeman 1994: 179.

<sup>255</sup> vgl.: Emmrich 2002: 333; Büscher 2007: 85.

<sup>256</sup> vgl.: Boucsein/Grunow 2002: 28; Roth 2001: 272; Roth 2003a: 18; Roth 2003b: 77.

<sup>257</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 27, 153, 213; Lademann 2007: 97f.

<sup>258</sup> vgl.: Büscher 2007: 79, 105.

<sup>259</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 153.

<sup>260</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 153f; Zeman 1993: 239, 241; Büscher 2007: 106.

<sup>261</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 153; Lademann 2007: 96ff.

<sup>262</sup> vgl.: Zeman 1993: 240; Zeman 1994: 178.

Angehörige gelten als „Ressource“<sup>263</sup>, die es in Arbeitsprozesse der Pflege möglichst einzubinden gilt: **vor**<sup>264</sup> **wie nach**<sup>265</sup>. Angehörige werden zum Teil auch als Koklienten wahrgenommen: **vor**<sup>266</sup> **wie nach**<sup>267, 268</sup>. Hilfsbedürftigkeit von Angehörigen begrenzt die Möglichkeiten, sich ihrer als Helfer zu bedienen<sup>269</sup>. Die Konfrontation mit zwei Klienten lässt eine für das Pflegepersonal schwierige Pflegesituation und kaum zu handhabende Beziehungskonstellation entstehen<sup>270</sup>. Pflegekräfte vermeiden es unter Umständen, Angehörige in der Zeit während eines Einsatzes in den eigenen Arbeitsvollzug einzubinden<sup>271</sup>. Teils vermeiden sie die Kommunikation mit Angehörigen<sup>272</sup>; teils suchen sie aber auch die Kommunikation mit Angehörigen<sup>273</sup>.

Es ist wiederholt konstatiert worden, dass Prozesse der Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements nur lückenhaft erforscht sind<sup>274</sup>. Nach wie vor gilt: Die Personalsicht auf Prozesse der Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements ist ein vergleichsweise vernachlässigtes Forschungsgebiet geblieben. Hier will die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Schließung von Forschungslücken leisten. Sie stellt die Verknüpfungsprozesse und Verknüpfungsprobleme in häuslichen Pflegearrangements aus Personalperspektive in den Mittelpunkt: Wie erlebt und gestaltet eine Pflegefachkraft Interaktionen mit Angehörigen? Stellen Angehörige eine für sie relevante Bezugsgröße in Prozessen der Wahrnehmung und Deutung von Handlungsbedingungen dar? Nimmt sie auf Angehörige bei der Wahl von Handlungszielen und Handlungsstrategien Bezug? Wählt sie Angehörige als Bezugsgröße in Prozessen der Wahrnehmung und Deutung von Handlungsfolgen?

#### 4. Einführung in das Untersuchungsdesign der Arbeit

Für die Zwecke dieser Arbeit wurden Daten einer Studie ausgewertet, die in den Jahren vor der Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt worden ist: Jene KASSELER Pflegedienst-Studie (1988 - 1990) war seinerzeit in nationale (1986 - 1990) und

<sup>263</sup> Büscher (2007: 98) wurde hier sinngemäß übersetzt: Er spricht von „ressources“.

<sup>264</sup> vgl.: Evers/Olk 1995b: 98.

<sup>265</sup> vgl.: Ewers/Schaeffer 1999: 56; Boes 2002: 52; auch: Büscher 2007: 98.

<sup>266</sup> vgl.: Zeman 1994: 182.

<sup>267</sup> vgl.: Boes 2002: 51; auch: Heusinger/Klunder 2005b: 185.

<sup>268</sup> Heusinger/Klunder (2005b: 185) wurden hier sinngemäß zitiert: Sie berichten von „Pflegepersonen“, denen Pflegefachkräfte „Hilfe durch Trost, Zuwendung, Ermutigung“ gewähren.

<sup>269</sup> vgl.: Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 53.

<sup>270</sup> vgl.: Schaeffer/Ewers 2002: 190.

<sup>271</sup> vgl.: Emmrich 2002: 329.

<sup>272</sup> vgl.: Evers/Rauch 1998: 32; Büscher 2007: 96.

<sup>273</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 152; Heusinger/Klunder 2005a: 394; Büscher 2007: 97f.

<sup>274</sup> vgl.: Zeman 1993: 235; Evers 1993b: 250; Evers/Olk 1995b: 71; Büscher 2007: 35.

internationale Forschungszusammenhänge eingebettet.<sup>275</sup> Der Betreuer dieser Arbeit war einer der Projektleiter. Die Verfasserin dieser Arbeit war Projektmitarbeiterin. Die KASSELER Pflegedienst-Studie bietet sog. qualitatives Datenmaterial, dessen besonderes Maß an Tiefenschärfe Seltenheitswert hat. In der ambulanten Pflege tätige Pflegekräfte haben ihre berufliche Handlungspraxis nicht nur im Rahmen sog. allgemeiner Leitfadeninterviews, sondern auch im Rahmen sog. episodenzugehöriger Leitfadeninterviews rekonstruiert. Die Gemeinsamkeit beider Leitfäden bestand, vereinfachend gesagt, in den Fragekomplexen, die eine Rekonstruktion von Arbeitsprozessen erlauben sollten: Im Mittelpunkt standen jeweils Fragen nach den Zielen und Aufgaben ambulanter Pflege, Fragen nach den Bedingungen, Verfahren und Folgen der Aufgabenerledigung sowie Fragen nach den sich im Prozess der Aufgabenerledigung entwickelnden Interaktionen und Arbeitsbeziehungen. Der Unterschied zwischen beiden Leitfäden lag, vereinfachend gesprochen, im Bezugspunkt der Frageformulierung. Im Rahmen der **episodenbezogenen Leitfadeninterviews** wurde die berufliche Erfahrungswelt der Pflegekräfte ausschnittsweise unter die Lupe genommen: Die Aufmerksamkeit galt der aktuellen Arbeit in ausgewählten Fällen häuslicher Pflege. Die Arbeitsprozesse sollten als Fallgeschichten rekonstruiert werden. Jene Fallgeschichten sollten **zeitnah** zur Fallauswahl und Fallbearbeitung erhoben werden: In allen Fällen, in denen Senioren im Verlauf der Erhebung neu in die ambulante Pflege übernommen worden waren, sollten die operativen Prozesse des Arrangierens häuslicher Pflege jeweils gesondert, **Fall für Fall**, untersucht werden. Im Rahmen der **allgemeinen Leitfadeninterviews** wurde der Blick auf die berufliche Erfahrungswelt der Pflegekräfte erweitert: Die Aufmerksamkeit richtete sich auf **alle** im Verlauf des bisherigen Berufslebens in der ambulanten Pflege eigenerlebten Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung. Mit jener Veränderung im Bezugspunkt der Frageformulierung war eine Veränderung in der Untersuchung beruflicher Handlungsverläufe verbunden: Zusammenhänge im Bedingungsgefüge sowie Zusammenhänge zwischen Bedingungen, Verfahren und Konsequenzen blieben entweder erhalten (im episodenzugehörigen Leitfadeninterview) oder wurden zerschnitten (im allgemeinen Leitfadeninterview). Die Möglichkeit der systematischen Analyse von Handlungsverläufen blieb jedoch unbenommen.

Die KASSELER Pflegedienst-Studie ist in ihrem besonderen Maß an Tiefenschärfe am ehesten mit der Berliner Sozialstationen-Studie<sup>276</sup> vergleichbar.<sup>277 278</sup> Jenes besondere

---

<sup>275</sup> Eine detaillierte Rekonstruktion des Untersuchungsprozesses findet sich in Kapitel II dieser Arbeit.

<sup>276</sup> vgl.: Garms-Homolová/Hütter/Schaeffer 1989.

<sup>277</sup> Im Rahmen der Berliner Sozialstationen-Studie kamen folgende Erhebungsmethoden zum Einsatz: „semistrukturierte Interviews mit den Mitarbeitern von Sozialstationen und von privaten Pflegestationen sowie Befragungen von Sozialstationenmitarbeitern im Rahmen der im Teilprojekt 2 durchgeführten

Maß an Tiefenschärfe liegt nicht nur in der Kombination von allgemeinen und episodenzbezogenen Leitfadenzinterviews begründet, sondern basiert auch auf der Kumulation von episodenzbezogenen Leitfadenzinterviews bei einzelnen Pflegekräften. Das Datenmaterial der KASSELER Pflegedienst-Studie ist somit wegen seiner hohen Tiefenschärfe in besonderem Maße geeignet, die Prozesse und Probleme der Interaktion mit Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen zu beleuchten.

Die Untersuchungsregion des KASSELER EG-Projektes bestand aus drei Gemeinden eines hessischen Landkreises. Alle in jener Untersuchungsregion ansässigen ambulanten Pflegeeinrichtungen konnten für eine Beteiligung an der KASSELER Pflegedienst-Studie gewonnen werden: Es handelte sich um drei sog. gemeindliche Pflegedienste und um einen sog. gemeinnützigen Pflegeverein. Für die Zwecke dieser Arbeit wurde die Aufmerksamkeit auf den **Fall einer Pflegekraft** gelenkt. Der Auswahl wurden folgende Auswahlkriterien zugrunde gelegt: Die Befragungsperson sollte in einen für die Untersuchungsregion typischen Organisationskontext eingebunden sein und sollte eine Fülle qualitativen Datenmaterials produziert haben. Ausgewählt wurde eine in der Krankenpflege ausgebildete Pflegekraft. Sie war bei einem gemeindlichen Pflegedienst angestellt und bekleidete in Personalunion Leitungs- und Durchführungsfunktionen. Das gesamte auf der Ebene dieser Person vorliegende qualitative Datenmaterial wurde für die Zwecke dieser Arbeit ausgewertet: sechs allgemeine und zwölf episodenzbezogene Leitfadenzinterviews.

Die Befragungsperson stellt in jenen episodenzbezogenen Interviews ihre Arbeit auf der Mikroebene von **acht Fällen häuslicher Pflege** vor. Jene acht Episoden häuslicher Pflege stellen acht Variationen ein und desselben Handlungsproblems dar: nämlich der Koordination und Kooperation mit Angehörigen. Die Problembearbeitung erfolgt nach Darstellung der Befragungsperson unter teils konstanten, teils variierenden Bedingungen: Einerseits verbleibt sie in demselben Organisations- und Berufskontext. Andererseits bewegt sie sich in unterschiedlichen häuslichen Kontexten: Sie erlebt hohen wie geringen Pflegebedarf, sinkenden wie steigenden Pflegebedarf. Sie begegnet nahen und in der Nähe lebenden Angehörigen, entfernten und entfernt lebenden Angehörigen. Sie erlebt konfliktfreie wie konflikthafte Familienbeziehungen. Sie trifft auf Angehörige, die mitwirken, sowie auf Angehörige, die sich einer Mitarbeit zu entziehen suchen. Jene Variationen wurden nicht gezielt ausgewählt, sondern zufällig erfasst.

---

Fallerhebungen“ (Garms-Homolová/Hütter/Schaeffer 1989: 72). Bei jenem „Teilprojekt 2“ handelte es sich um die von der DFG geförderte Studie „Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren“, in der „Versorgungslaufbahnen Hochbetagter“ erforscht wurden (Garms-Homolová/Hütter/Schaeffer 1989: 70).

<sup>278</sup> Die Berliner Sozialstationen-Studie „Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren“ war Teil des von der DFG geförderten Verbundprojektes „Vergleichende Untersuchung der Gesundheits- und Sozialdienste für ältere Menschen“, an dem auch das KASSELER EG-Projekt und mithin auch die KASSELER Pflegedienst-Studie beteiligt waren.

Die Befragungsperson hatte eine Position an der Nahtstelle zwischen gemeindlicher Pflegeorganisation und Privathaushalten inne. Sie verfügte über begrenzte Handlungsspielräume. Für die Gemeinde stellte die Unterhaltung des gemeindlichen Pflegedienstes in finanzieller Hinsicht ein kalkuliertes Verlustgeschäft dar<sup>279</sup>. Die Gemeinde verfolgte zwar nicht das Ziel, einen florierenden Geschäftszweig zu unterhalten, ließ sich aber von dem Ziel leiten, die finanziellen Verluste möglichst gering zu halten. Für die Pflegekraft bedeutete das: Sie musste „auf Wirtschaftlichkeit“ des gemeindlichen Pflegedienstes „bedacht sein“<sup>280</sup> und musste mit knappen Organisationsressourcen auskommen<sup>281</sup>, ohne die Aussicht zu haben, auf eine künftig verbesserte Ausstattung mit Organisationsressourcen bauen zu können<sup>282</sup>. Es war ihre Aufgabe, den Pflegebedarf zu definieren und das der Bedarfsdeckung dienende formelle Pflegeprogramm zu entwickeln<sup>283</sup>. Sie unterlag weder der Pflicht zum Abschluss eines Pflegevertrages, noch der Pflicht zur umfassenden Dokumentation des Pflegeprozesses. Dokumentationsarbeiten beschränkten sich im Wesentlichen auf die Dokumentation erbrachter (nicht) refinanzierbarer Leistungen. Es war auch ihre Aufgabe, Beratung zu leisten: Sie unterlag aber nicht der Pflicht, Beratungsleistungen in den Kontext einer gesetzlich gebotenen Pflichtveranstaltung einzubetten. Sie war verpflichtet, sich um Qualitätssicherung in der Pflege unter der Bedingung geringerer Regelungsdichte zu bemühen.

Die Reichhaltigkeit des Datenmaterials erwies sich im Auswertungsprozess als Januskopf: Zwar verhieß sie die Möglichkeit, zu einer Fülle empirisch fundierter Einsichten über die Praxis ambulanter Pflege zu gelangen. Aber sie ließ auch die Langwierigkeit des zu durchlaufenden Arbeitsprozesses erahnen. Sie verwies auf die Dringlichkeit, eine Lösung für das Auswertungsproblem zu finden: Wie kann dem Gebot nach Qualitätssicherung<sup>284</sup> und dem Gebot nach Sicherung der Praktikabilität<sup>285</sup> in der Auswertung Rechnung getragen werden? Das für die Zwecke dieser Arbeit gewählte Auswertungsverfahren stellt den Versuch dar, das Auswertungsproblem in Anlehnung an die Arbeiten von WITZEL<sup>286</sup> und ROSENTHAL<sup>287</sup> auf eine beiden Geboten soweit wie möglich Rechnung tragende Weise zu lösen.

---

<sup>279</sup> vgl.: Nothbaum-Leiding 1990: 57.

<sup>280</sup> ebd.: 60.

<sup>281</sup> vgl.: Grunow/Nothbaum-Leiding 1993: 5f.

<sup>282</sup> ebd.: 12.

<sup>283</sup> vgl.: ebd.: 13ff.

<sup>284</sup> vgl.: Flick 1991.

<sup>285</sup> vgl.: Dunkel 1994.

<sup>286</sup> vgl.: Witzel 1982; 1985.

<sup>287</sup> vgl.: Rosenthal 1987; 1995.

## 5. Aufbau der Arbeit

In **Kapitel I** wird zunächst das für die Zwecke dieser Arbeit gewählte **Untersuchungsthema** umrissen (I 1). Es wird anschließend als Thema vorgestellt, das von praktischer, sozialpolitischer und wissenschaftlicher Relevanz ist (I 2). Der Stand der Forschung wird skizziert (I 3). Abschließend wird das für die Zwecke dieser Arbeit gewählte **Untersuchungsdesign** präsentiert: Ausgewählt wurden sog. qualitative Daten, die der in den Jahren vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung durchgeführten KASSELER Pflegedienst-Studie (1988 – 1990) entstammen. Sie bietet sog. qualitatives Datenmaterial, dessen besonderes Maß an Tiefenschärfe Seltenheitswert hat (I 4).

In **Kapitel II** findet sich die **Rekonstruktion des Untersuchungsprozesses**: Der Untersuchungsprozess wird als Abfolge von Entscheidungen rekonstruiert. Der Kontext der Entscheidungsfindung, die möglichen Alternativen, die getroffenen Wahlen und die Konsequenzen werden verdeutlicht. Um den **Prozess der Datenauswahl** transparent zu machen (II 1), werden zunächst die Auswahlmöglichkeiten beschrieben. Die Datensätze, die zur Auswahl standen, werden skizziert (II 1.1). Es folgt eine Beschreibung des Auswahlverfahrens: Die Kriterien für die Auswahlentscheidung werden benannt. Der ausgewählte Datensatz wird umrissen (II 1.2). Um Transparenz mit Blick auf den **Prozess der Datenauswertung** herzustellen, wird im ersten Schritt die **Methodik** der Datenauswertung behandelt (II 2): Die Vorkenntnisse über Auswertungsmöglichkeiten werden rekonstruiert (II 2.1) und das verwendete Auswertungsverfahren wird beschrieben (II 2.2). Im zweiten Schritt wird die **Thematik** der Datenauswertung spezifiziert (II 3): Das Wissen über Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege, das in den Auswertungsprozess eingeflossen ist, ohne vorab zu Hypothesen verdichtet worden zu sein, wird rekonstruiert (II 3.1) und die Leitfragen der Auswertung werden vorgestellt (II 3.2).

Die **Kapitel III und IV** sind der Darstellung der **Untersuchungsergebnisse** gewidmet. Sie basieren auf der Befragung einer Pflegekraft, die sowohl im Rahmen sog. episodenzugezogener Leitfadeninterviews (III), als auch im Rahmen sog. allgemeiner Leitfadeninterviews (IV) Einblick in ihre berufliche Erfahrungswelt geboten hatte. In Kapitel III werden acht Fallgeschichten aus dem Berufsalltag der Befragungsperson vorgestellt. Den Anfang bildet eine Fallgeschichte, in der Pflegekraft den Interaktionsprozess mit der Angehörigen nach eigener Darstellung als unproblematisch erlebt (III 1). Die nachfolgenden Fallgeschichten<sup>288</sup> handeln allesamt von

---

<sup>288</sup> Kapitel: III 2, III 3, III 4, III 5, III 6, III 7, III 8.



Interaktionsprozessen mit Angehörigen, die sie eigenem Bekunden als problematisch erlebt. Die Fallgeschichten werden jeweils getrennt präsentiert. Der Aufbau der Ergebnispräsentation ist stets gleich: Auf die Rekonstruktion des familialen Netzwerkes<sup>289</sup> folgt die Rekonstruktion der Fallauswahl und Fallbearbeitung<sup>290</sup>, die durch einen Blick in die Zukunft der Fallbearbeitung ergänzt wird<sup>291</sup>. Den Abschluss bilden jeweils die Quintessenzen<sup>292</sup>. Die Handlungsbedingungen, Handlungsziele, Handlungsstrategien und Handlungsfolgen, die sich bei der Untersuchung der Personalperspektive in den rekonstruierten Fallgeschichten häuslicher Pflege haben entdecken lassen, werden gesondert zusammengefasst. Da jede Fallgeschichte für sich genommen lesbar sein sollte, lassen sich Wiederholungen bei den Quintessenzen nicht vermeiden. In Kapitel IV wird die berufliche Erfahrungswelt, in der sich die Pflegekraft bewegt, nicht in Auszügen, sondern in ihrer Gesamtheit betrachtet. Werden in Kapitel III berufliche Erfahrungen behandelt, die sie bei der Arbeit in häuslichen Pflegearrangements jüngst gemacht hat, werden in Kapitel IV berufliche Erfahrungen betrachtet, die sie bei der Arbeit in häuslichen Pflegearrangements berufslebenslang hat sammeln können. Die Bezugspunkte der Ergebnispräsentation, die sich bei der Untersuchung der Personalperspektive in der erweiterten Rekonstruktion ihrer beruflicher Erfahrungswelt haben entdecken lassen, die Handlungsbedingungen (IV 1), Handlungsziele (IV 2), Handlungsstrategien (IV 3) und Handlungsfolgen (IV 4), bleiben erhalten.

Den Abschluss der Arbeit bildet **Kapitel V**. Es startet mit einer **Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse**. Die zuvor separat dargestellten Untersuchungsbefunde werden im Rahmen einer vergleichenden Zusammenschau verdichtet (V1). Es folgt die **Diskussion der Untersuchungsergebnisse** (V 2). Eine **Schlussbetrachtung** rundet die Arbeit ab (V 3).

---

<sup>289</sup> Kapitel: III 1.1, III 2.1, III 3.1, III 4.1, III 5.1, III 6.1, III 7.1, III 8.1.

<sup>290</sup> Kapitel: III 1.2, III 2.2, III 3.2, III 4.2, III 5.2, III 6.2, III 7.2, III 8.2.

<sup>291</sup> Kapitel: III 1.3, III 2.3, III 3.3, III 4.3, III 5.3, III 6.3, III 7.3, III 8.3.

<sup>292</sup> Kapitel: III 1.4, III 2.4, III 3.4, III 4.4, III 5.4, III 6.4, III 7.4, III 8.4.

## **II Der Untersuchungsprozess: Eine Sequenz von Entscheidungen**

### **1. Die Datenauswahl**

#### **1.1. Die Verfahrensmöglichkeiten im Rahmen der Datenauswahl: Die KASSELER Pflegedienst-Studie als Fundus**

Die vorliegende Untersuchung basiert auf der Entscheidung, Daten, die im Rahmen der KASSELER Pflegedienst-Studie erhoben worden waren, zu Untersuchungszwecken auszuwählen. Die KASSELER Pflegedienst-Studie war in einen Forschungskontext eingebunden, der sich auf nationaler und europäischer Ebene etabliert hatte: Sie war Teil des KASSELER EG-Projektes. Dabei handelte es sich um eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte, unter Leitung der Professoren Dr. rer. soc. D. Grunow (Duisburg) und Dr. med. H. Radebold (Kassel) im Rahmen der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie (Gesamthochschule - Universität Kassel) durchgeführte Untersuchung über Versorgungsprozesse im Alter (1986 - 1990).<sup>293</sup> Das KASSELER EG-Projekt (1986 - 1990) war seinerseits mit dem ACRE-Projekt („Age Care Research Europe“) verbunden. Das war eine von der Europäischen Gemeinschaft finanzierte, unter Leitung von Professor Raymond Illsley (University of Bath, United Kingdom) durchgeführte Vergleichsstudie zur Versorgung älterer Menschen in Europa (1985 - 1992). Sie basierte auf Beiträgen aus insgesamt neun Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft.<sup>294</sup> Das KASSELER EG-Projekt war einer von drei deutschen Beiträgen zu jener europäischen Vergleichsstudie.<sup>295</sup> Das KASSELER EG-Projekt wurde um die ursprünglich nicht geplante Pflegedienst-Studie erweitert (1988 - 1990), um den Anforderungen des ACRE-Projektes, sich der Versorgungspraxis im

---

<sup>293</sup> Projektmitarbeiter waren: Dipl.Psych. B. Jansen, Ch. Köhler-Enders, Dr. phil. W. Korte, Dipl. Soz. B. Nothbaum-Leiding, Dr. rer. soc. M. Wiese.

<sup>294</sup> Die damalige Bundesrepublik Deutschland, Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Italien, die Niederlande, die Republik Irland und der U. K. waren mit Forschungsteams vertreten (Jamieson/Illsley (eds.) 1990: Preface ix).

<sup>295</sup> Auf Seiten der damaligen Bundesrepublik Deutschland waren dank der finanziellen Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft drei Forschungsgruppen an der europäischen Vergleichsstudie beteiligt. Sie haben sich in dem nationalen Projektverbund "Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen" zusammengeschlossen und haben sich mit Bezug auf ihre Verpflichtungen für die europäische Vergleichsstudie arbeitsteilig organisiert. Den Anforderungen des ACRE-Projektes folgend, konzentrieren die Forschungsprojekte sich, soweit die Lebensverhältnisse von Senioren und die für sie relevanten Dienste und Leistungen untersucht werden, auf eine ländlichen Region (KASSELER EG-Projekt) und auf eine städtische Region (BERLINER EG-Projekt: AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der Freien Universität Berlin). Sie konzentrieren sich, soweit die Sozial- und Gesundheitspolitik analysiert wird, auf den Bund und auf ausgewählte Bundesländer (Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin).

Sozial- und Gesundheitswesen der Untersuchungsregionen durch die Auswahl heterogener Versorgungsangebote zu nähern, besser gerecht zu werden.

Um die KASSELER Pflegedienst-Studie hinsichtlich ihres Untersuchungsthemas und Untersuchungsdesigns besser verorten zu können, soll zunächst jener **Forschungskontext** erhellt werden, in den sie eingebettet war. Das KASSELER EG-Projekt war seinem Selbstverständnis gemäß als „gerontologische Verlaufsstudie“<sup>296</sup> konzipiert, in deren Mittelpunkt „die Lebensverhältnisse und Bedürfnisentwicklung älterer Menschen und die gesundheitsbezogene Bedarfsdeckung in einer ländlichen Region“<sup>296</sup> standen. Es bestand aus zwei Teilprojekten: aus einer Untersuchung der Lebensverhältnisse zu Hause lebender Senioren (Kennwort: „Seniorenbefragung“) und aus einer Untersuchung des lokalen Sozial- und Gesundheitswesens (Kennwort: Systemanalyse). Den Ausgangspunkt des ersten Teilprojektes (Stichwort: Seniorenbefragung) bildete eine Befragung von 470 zu Hause lebenden Senioren. Ein Jahr nach der Erstbefragung fand eine Wiederholungsbefragung statt. Im Mittelpunkt des ersten Teilprojektes stand die sog. „Episodenanalyse“<sup>297</sup>. Eigens zu Zwecken der Seniorenbefragung rekrutierte Feldforscher haben die Senioren in der Zeit zwischen Survey und Resurvey im Abstand von sechs bis acht Wochen kontaktiert, um Veränderungen in der sozialen und gesundheitlichen Situation zeitnah zu erfassen und um eine Basis für die Auswahl jener „Ereignisse“<sup>298</sup> zu gewinnen, die zum Anlass genommen werden sollten, mit der Episodenanalyse zu starten. Um die Problematik der Verzahnung zwischen Bedürfnisentwicklungen und Angeboten der Bedarfsdeckung zu erforschen, sollten für die Zwecke der Episodenanalyse schwerpunktmäßig Ereignisse ausgewählt werden, in deren Folge sich Verflechtungen von informeller und formeller Hilfe, Verschiebungen zwischen informeller und formeller Hilfe sowie Verlagerungen zwischen formellen Hilfen beobachten ließen. Sie sollten zum Ausgangspunkt für sog. „episodenbezogene Leitfadeninterviews“<sup>299</sup> gemacht werden. Diese sollten nach Möglichkeit mit allen Personen durchgeführt werden, die von dem Ereignis betroffen und an den nachfolgenden Prozessen der Situationsdeutung und Situationsbearbeitung beteiligt waren. Die Befragung jener Personen sollte möglichst separat erfolgen.

Die Begleitung des Seniorensamples in der Zeit zwischen Survey und Resurvey sowie die episodenzugehörigen Leitfadeninterviews zu Zwecken der Episodenanalyse waren Etappen eines Forschungsprozesses, der begrenzt Möglichkeiten eröffnete, die Versorgungspraxis im Sozial- und Gesundheitswesen der untersuchten Region zu

---

<sup>296</sup> So lautete denn auch der offizielle Name des KASSELER EG-Projektes.

<sup>297</sup> Der Begriff „Episodenanalyse“ war Teil der seinerzeit benutzten projektinternen Sprachregelung.

<sup>298</sup> Auch der Ereignisbegriff war Teil der projektinternen Sprachregelung.

<sup>299</sup> Bei dem Begriff „episodenbezogene Leitfadeninterviews“ handelt es sich um die Wiedergabe einer projektinternen Sprachregelung.

erforschen: Es dominierten Episoden, die von Erkrankungen und von Prozessen der Krankheitsbearbeitung unter Beteiligung niedergelassener Ärzte handelten. Das Episodenmaterial bot am ehesten Einblick in die Versorgungspraxis niedergelassener Ärzte. Vermittels der Episodenanalyse sollte die Untersuchung der Lebensverhältnisse von Senioren (Kennwort: „Seniorenbefragung“) mit der Untersuchung des lokalen Sozial- und Gesundheitswesens (Kennwort: „Systemanalyse“) verbunden werden. Den Ausgangspunkt jenes zweiten Teilprojektes bildete eine Bestandsanalyse des sog. „potentiellen Versorgungssystems“<sup>300</sup>. Es wurden zunächst alle Akteure identifiziert, die für Senioren und deren Versorgung mit Sozial- und Gesundheitsdiensten bedeutsam sein können (z.B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Krankenhaussozialdienste, ambulante Pflegedienste, Alten- und Pflegeheime). Dazu wurden vorliegende Materialien (z.B. Gemeindeblatt, Organisationspläne) gesammelt und gesichtet. Im Mittelpunkt des zweiten Teilprojekts stand eine vertiefende Analyse jenes potentiellen Versorgungssystems: Die Sicht- und Handlungsweisen der für das lokale Sozial- und Gesundheitswesen bedeutsamen Akteure sollte erkundet werden.<sup>301</sup> Die Aufmerksamkeit galt primär der Perspektive niedergelassener Ärzte, da sie im Rahmen der Seniorenbefragung als Verkörperung eines Versorgungsschwerpunktes sichtbar wurden. Der Versorgungspraxis niedergelassener Ärzte sollte im Rahmen sog. „allgemeiner Leitfadeninterviews“<sup>302</sup> und im Rahmen einer Dokumentenanalyse episodenundependent erfasst werden.

Mit der Erweiterung des KASSELER EG-Projektes um die zuvor nicht geplante Pflegedienst-Studie wurde ein Gegengewicht zur Untersuchung der Versorgungspraxis niedergelassener Ärzte geschaffen. Auf diese Weise wurde den Anforderungen des ACRE-Projektes Rechnung getragen, das Studium der Versorgungspraxis im Sozial- und Gesundheitswesen der Untersuchungsregion auf eine Auswahl heterogener Versorgungsangebote zu gründen. Die Bedeutung der ambulanten Pflegedienste war im Rahmen der Bestandsanalyse des potentiellen Versorgungssystems sichtbar geworden: Sie waren als zweite Säule der ambulanten Versorgung ausgebildet und boten sich folglich als zweites Standbein für eine Analyse der Versorgungspraxis im Sozial- und Gesundheitswesen der Untersuchungsregion an. Die Untersuchungsregion des KASSELER EG-Projektes bestand aus drei Gemeinden eines hessischen Landkreises. Alle in jener Untersuchungsregion ansässigen ambulanten Pflegeeinrichtungen, vier an der

---

<sup>300</sup> Bei dem Begriff des „potentiellen Versorgungssystems“ handelt es sich um die Wiedergabe einer projektinternen Sprachregelung.

<sup>301</sup> Die Sicht- und Handlungsweisen der auf lokaler Ebene agierenden sozial- und gesundheitspolitischer Akteure sollten nicht ausgeblendet werden, aber die Sicht- und Handlungsweisen der im Sozial- und Gesundheitswesen auf lokaler Ebene agierenden Praktiker sollten im Mittelpunkt stehen.

<sup>302</sup> Mit dem Begriff des „allgemeinen Leitfadeninterviews“ wird eine projektinterne Sprachregelung aufgegriffen.

Zahl, konnten für eine Beteiligung an der KASSELER Pflegedienst-Studie gewonnen werden.

Das **Untersuchungsthema** der KASSELER Pflegedienst-Studie war einerseits durch die Einbettung in das KASSELER EG-Projekt, andererseits durch die Einbindung in das ACRE-Projekt vorbestimmt. Im Rahmen der KASSELER Pflegedienst-Studie wurde die Praxis der ambulanten Pflege beleuchtet. Die Organisations- und Funktionsweise der ambulanten Pflege wurde hauptsächlich durch das Studium von Versorgungsprozessen erhellt. Die Aufmerksamkeit war im Wesentlichen auf Prozesse der Verzahnung zwischen Bedürfnisentwicklung, Bedarfsbestimmung und Bedarfsbearbeitung sowie auf Prozesse der Verflechtung zwischen formellen und informellen Arten der Bedarfsdeckung gerichtet. Kommt es in der Interaktion zwischen Akteuren, die Versorgungsentscheidungen fällen, Versorgungsleistungen organisieren, erbringen und erhalten, d.h. in der Interaktion zwischen Senioren, Angehörigen, Pflegepersonal und Hausärzten, zu einer Verständigung in Sachen Bedürfniswahrnehmung, Bedarfsbestimmung und Bedarfsbearbeitung? Wie beeinflussen die lokale Pflegepolitik, die ambulante Pflegeorganisation, der Pflegeberuf und der Zustand von Privatpersonen die im Spannungsfeld zwischen Bedürfnisentwicklung und Bedarfsdeckung stehende Versorgungspraxis? Das **Untersuchungsdesign** der KASSELER Pflegedienst-Studie war gleichfalls durch die Einbettung in das KASSELER EG-Projekt und durch die Einbindung in das ACRE-Projekt geprägt.<sup>303</sup> Die Praxis der ambulanten Pflege wurde erstens aus der Perspektive heterogener Akteure beleuchtet. Sie wurde zweitens schwerpunktmäßig aus der Personalperspektive betrachtet. Und sie wurde drittens durch eine Kombination von sog. quantitativen und qualitativen Methoden erforscht.

Eigens zu Untersuchungszwecken entwickelte, durch das Personal der ambulanten Pflegedienste selbst zu führende **Dokumentationen** gestatten oberflächlich bleibende Einblicke in Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung. Erfasst wurde sowohl der Fallbestand als auch die sich in Zu- und Abgängen niederschlagende Bestandsentwicklung. Für die Dauer von sechs Monaten sollten erstens alle Betreuungsanfragen dokumentiert werden, die potentielle Neuzugänge betrafen: Die Dokumentationen jener Betreuungsanfragen spiegeln aus Personalperspektive das bei Kontaktaufnahme wahrgenommene Anliegen sowie den Prozess und das Ergebnis der Anliegensbearbeitung wieder. Für die Dauer von sechs Monaten sollten ferner alle zum Fallbestand gehörenden Fälle dokumentiert werden: Die Falldokumentationen verweisen aus Personalperspektive auf die soziale Einbindung der betreuten Person, auf deren gesundheitliche Verfassung, auf deren Hilfsbedürftigkeit und auf das etablierte

---

<sup>303</sup> Das Verfahren für die datenschutzrechtliche Absicherung der Erhebung ist mit dem Datenschutzbeauftragten der Gesamthochschule Universität Kassel abgesprochen worden.

Hilfearrangement. Um tiefergehende Einsichten in Prozesse der Fallentwicklung, Fallauswahl und Fallbearbeitung zu gewinnen, kamen **Leitfadeninterviews** zum Einsatz. Im Mittelpunkt der Untersuchung stand ein Befragungsprogramm zum Studium sog. „**Pflegeepisoden**“<sup>304</sup>. Es wurde nach Möglichkeit in allen Fällen gestartet, in denen Senioren während des sechsmonatigen Erhebungszeitraumes als neuer Fall in die ambulante Pflege übernommen worden waren. Die in der Entwicklung begriffenen Pflegeepisoden sollten möglichst zeitnah zur Fallauswahl und Fallbearbeitung beleuchtet werden. Sogenannte **episodenbezogene Leitfadeninterviews** wurden soweit möglich nicht nur mit dem betreuenden Personal der ambulanten Pflegedienste (Minimalprogramm), sondern mit allen involvierten Akteuren geführt (Maximalprogramm). Um Pflegeepisoden aus der Perspektive heterogener Akteure (Personal der Pflegedienste, Senioren, Angehörige, Hausärzte) rekonstruieren zu können, waren Leitfäden entwickelt worden, die einerseits den Besonderheiten der Akteursperspektive Rechnung trugen, andererseits den Perspektivenvergleich erlaubten. Die Akteursperspektiven wurden nach Möglichkeit separat erfasst. Die Durchführung jener episodenbezogenen Leitfadeninterviews oblag eigens rekrutierten Feldforschern<sup>305</sup>. Ihr Gesprächspartner bei der in den ambulanten Pflegediensten durchgeführten episodenbezogenen Personalbefragung war die mit der Fallauswahl und Fallbearbeitung jeweils hauptsächlich befasste „**Personalperson**“<sup>306</sup>. In einem ersten Schritt sollte die der Einschaltung des Pflegedienstes vorangegangene Vorgeschichte behandelt werden. Wie ist es aus Sicht der befragten Personalperson zur Einschaltung des Pflegedienstes gekommen?<sup>307</sup> In einem zweiten Schritt sollte die Geschichte der Betreuung entfaltet werden. Wie sind die Entscheidungen zur Fallauswahl und Fallbearbeitung zustande gekommen? Wie sind die Begegnungen mit der pflegebedürftigen Person und den (pflegenden) Angehörigen verlaufen? Wie sieht das gewählte Arrangement häuslicher Pflege aus und wie wird es bewertet? Aus der Interviewsituation heraus betrachtet, lag die Vorgeschichte in der Vergangenheit, während die Geschichte der Betreuung in die Gegenwart hineinragte. Mit der Frage nach der Einschätzung der Zukunft des Ganzen sollte eine dritte Zeitdimension eröffnet werden. Wie wird sich das Ganze vermutlich weiterhin entwickeln? Die Feldforscher waren im Rahmen jener prozessualen

---

<sup>304</sup> Der Begriff der „Pflegeepisoden“ ist der projektinternen Sprachregelung entliehen.

<sup>305</sup> Bei den Feldforschern handelte es sich um zwei Personen: eine Frau und einen Mann, beide Mitte Dreißig, mit wissenschaftlicher Vorbildung.

<sup>306</sup> Der Begriff „Personalperson“ entspricht einer projektinternen Sprachregelung.

<sup>307</sup> Die Aufmerksamkeit war damit auf einen Entscheidungsprozess gerichtet, welcher erstens der Entscheidung zur Betreuungsübernahme vorausgegangen ist und an welchem zweitens die ältere Person, Netzwerkakteure und/oder Systemakteure beteiligt gewesen sind, nicht aber die betreuende Pflegekraft. Um sie jedoch zu Anschlussentscheidungen und Anschlusshandlungen zu befähigen, sind ihr seitens der Betroffenen und Beteiligten Einblicke in die Vorgeschichte zu gewähren. Diese sind perspektivenabhängig und können im Verdichtungsgrad variieren.

Systematik gehalten, die Sicht- und Handlungsweise der befragten Personalperson zu erkunden. Es galt, gewählte Zielsetzungen und Handlungsstrategien aufzudecken sowie erlebte Handlungsbedingungen und Handlungsfolgen aufzuspüren.

Um die im Spannungsfeld zwischen Bedürfnisentwicklung und Bedarfsdeckung stehende Praxis der ambulanten Pflege aus Personalperspektive nicht nur episodisch sondern auch episodisch unabhängig zu erhellen, führten die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projektes sog. **allgemeine Leitfadenterviews** mit den Führungskräften der ambulanten Pflegedienste durch. Es interessierten die Ziele, Aufgaben und Zielgruppen der Organisation, die Arbeitsbedingungen (personelle Ausstattung und Finanzierung der Organisation) sowie die Verfahrensweisen im Rahmen der Fallauswahl und Fallbearbeitung. Das Interesse galt ferner den Aufgaben des Gesprächspartners und seinen in der ambulanten Pflege gewonnenen Berufserfahrungen. Es wurden berufliche Erfahrungen erkundet, die sich im Umgang mit älteren Menschen und deren Angehörigen, im Umgang mit Hausärzten und Berufskollegen sowie im Umgang mit Repräsentanten des Einrichtungsträgers hatten sammeln lassen. Die auf jenen beruflichen Erfahrungen basierenden Urteile über die Tragfähigkeit familialer Netzwerke und die Leistungsmöglichkeiten der ambulanten Pflegeorganisation wurden ebenso erfasst wie die auf jenen Berufserfahrungen gründenden Einsichten in die mit der Arbeit in der ambulanten Pflege verbundenen Folgen.

Alle Interviews wurden nach Möglichkeit auf Tonband aufgezeichnet. Dies erleichterte es den Interviewern, sich auf den Gesprächsverlauf zu konzentrieren, und erlaubte es, das Vorgehen der Interviewer zu kontrollieren. Inspiriert durch die Arbeit von WITZEL<sup>308</sup> wurden die Feldforscher begleitend zum Erhebungsprozess geschult. Die begleitende Schulung fand im Rahmen der Besprechung der Tonbandaufzeichnungen statt. Es wurden die methodischen Probleme der Gesprächsführung im Zusammenhang mit der inhaltlichen Gesprächsentwicklung analysiert, um die Sensibilität für die methodischen und inhaltlichen Dimensionen des Gesprächsprozesses zu erhöhen. Die Feldforscher wurden ermutigt, die forschungsspezifische Kommunikationssituation möglichst weit an die kommunikativen Regeln alltäglichen Handelns anzunähern, um eine möglichst natürliche Kommunikationssituation zu schaffen. Sie wurden ermuntert, die Offenheit des Befragungsprozesses zu nutzen: einerseits ein vorgegebenes Befragungsprogramm zu berücksichtigen, andererseits im Befragungsprozess gewährte Einblicke in die Praxis ambulanter Pflege zum Anlass zu nehmen, selbständig Befragungsaktionen zu starten, um sich entwickelnde Einsichten zu prüfen und zu vertiefen. Sie wurden angehalten, die

---

<sup>308</sup> vgl.: Witzel 1982.

Balance zwischen einem zu eng am Leitfaden orientiertem Gespräch und einem freien Gespräch zu wahren.

## 1.2. Das Auswahlverfahren

Die Auswahlmöglichkeiten, die sich in Gestalt des Datensatzes der KASSELER Pflegedienst-Studie boten, haben sich im Auswahlprozess schrittweise reduzieren lassen. Er basierte auf der Wahl der Personalperspektive als Kristallisationspunkt für die Entfaltung des Untersuchungsthemas. Bezugspunkt für Auswahlentscheidungen war somit der Datensatz, der sich in den ambulanten Pflegeorganisationen hatte erheben lassen, die in der Untersuchungsregion ansässig waren. Er bestand erstens aus den Dokumentationen, d.h. aus 84 dokumentierten Betreuungsanfragen und 177 dokumentierten Fällen ambulanter Pflege, und zweitens aus den Daten den Personalbefragungen, d.h. aus 79 episodenzugehörigen Leitfadeninterviews und 17 allgemeinen Leitfadeninterviews.

Sowohl inhaltliche und methodische Überlegungen, als auch pragmatische Erwägungen beeinflussten die Auswahlentscheidung. Um die Praxis der ambulanten Pflege aus Personalperspektive zu beleuchten, sollte der Normalfall einer ambulanten Pflegeorganisation ausgewählt werden. Drei Gemeinden eines hessischen Landkreises bildeten die Untersuchungsregion. Alle ansässigen ambulanten **Pflegeorganisationen** hatten sich an der Untersuchung beteiligt. Vertreten waren drei sog. gemeindliche Pflegedienste und ein sog. gemeinnütziger Pflegeverein. Die gemeindlichen Pflegedienste wurden von den jeweiligen Gemeinden (mit) unterhalten. Ihr Einzugsgebiet war auf das Hoheitsgebiet der jeweiligen Gemeinde begrenzt. Sie ließen bei aller Unterschiedlichkeit ihrer Organisationsstrukturen (wie dem Grad der organisatorischen Verselbständigung und der quantitativen Personalausstattung) Gemeinsamkeiten erkennen: Sie wurden von Krankenschwestern geleitet. Das Krankenpflegepersonal bildete das Kernpersonal. Die Pflege stellte das Kernangebot dar. Und die Senioren bildeten die Kernklientel. Bei dem gemeinnützigen Pflegeverein, zu dessen Kernklientel gleichfalls die Senioren zählten, handelte es sich um selbständige Pflegeeinrichtung, die einem Wohlfahrtsverband assoziiert war. Sie erhielt im Unterschied zu den gemeindlichen Pflegediensten keine Zuschüsse von Seiten des Kreises. Ihr Einzugsgebiet war überregional zugeschnitten. Krankenpflegekräfte und Sozialarbeiter bildeten den Kern der Einsatzkräfte. Pflege, speziell zeitintensive Pflegeeinsätze sowie Pflegeeinsätze zu besonderen Zeiten, und Beratung waren Kernangebote. Bei den gemeindlichen Pflegediensten und dem gemeinnützigen



Pflegeverein handelte es sich um zwei unterschiedliche Formen der Organisation ambulanter Pflege: Während die gemeindlichen Pflegedienste die gewöhnliche Organisationsform ambulanter Pflege im Landkreis Kassel repräsentierten<sup>309</sup>, stellte der gemeinnützige Pflegeverein eine außergewöhnliche Organisationsform ambulanter Pflege dar<sup>310</sup>. Der Auswahlprozess konzentrierte sich somit auf den für die gemeindlichen Pflegedienste vorliegenden Datensatz.

Zur Rekonstruktion der Personalperspektive sollte das der **Personalbefragung** entstammende Datenmaterial genutzt werden, da die Leitfadeninterviews tiefergehende Einsichten in Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung versprachen. Jene Leitfadeninterviews waren mit Krankenpflegekräften geführt worden, die entweder ausschließlich für die Durchführung ambulanter Pflege zuständig waren oder zusätzlich mit der Leitung der ambulanten Pflegeorganisation beauftragt waren. Die Personalperspektive sollte am Beispiel einer Personalperson rekonstruiert werden: Alle mit dieser **Person** geführten Leitfadeninterviews sollten ausgewertet werden. Die auszuwählende Person sollte zu ihrer Beteiligung an möglichst vielen, möglichst verschiedenen Pflegeepisoden befragt worden sein. Angestrebt war ein besonders hohes Maß an Tiefenschärfe. Die Auswahl mehrerer Personalpersonen hätte Kürzungen an der Intensität des Auswertungsprogramms zur Folge gehabt.

Die Auswahlentscheidung fiel auf eine Personalperson, die als Krankenschwester in einem gemeindlichen Pflegedienst beschäftigt war, dessen Stammpersonal aus zwei Personen bestand, die anderthalb Arbeitskraft verkörperten: Die Krankenschwester war als Hauptkraft ganztags beschäftigt. Eine Krankenpflegehelferin war als Zweitkraft halbtags tätig. Hilfspersonal unterlag hoher Fluktuation. Es stellte keine für Einsätze in der Pflege sicher verfügbare Größe dar. Zu den Aufgaben der Krankenschwester zählte sowohl die Leitung der Pflegeorganisation, als auch die Durchführung der Pflege. Gemessen an ihrem Lebensalter gehörte sie zur jüngeren Generation von Krankenschwestern. Gemessen an ihrem Dienstalster in der ambulanten Pflege zählte sie weder zu „den Frischlingen“, noch zu „den alten Hasen“. Die ausgewählte Personalperson war unter den auswählbaren Personen die **Person** mit der umfangreichsten Satz sog. qualitativer Befragungsdaten: Mit ihr waren sechs allgemeine Leitfadeninterviews und zwölf episodenspezifische Leitfadeninterviews geführt worden. Die allgemeinen Leitfadeninterviews dauerten zwischen 60 und 140 Minuten. Die episodenspezifischen Leitfadeninterviews währten zwischen 40 und 170 Minuten. In jenen episodenspezifischen Leitfadeninterviews bot sie Einblick in ihren Berufsalltag: Am Beispiel von acht Pflegeepisoden stellt sie häusliche Pflegearrangements vor, in denen

---

<sup>309</sup> vgl.: Höft-Dzemski 1988: 81.

<sup>310</sup> vgl.: Nothbaum-Leiding 1990: 48ff.

sie hohen wie geringen Pflegebedarf, sinkenden wie steigenden Pflegebedarf erlebt, in denen sie nahen und in der Nähe lebenden Angehörigen, entfernten und entfernt lebenden Angehörigen begegnet, in denen sie konfliktfreie wie konflikthafte Familienbeziehungen erlebt, in denen sie auf Angehörige trifft, die mitwirken, sowie auf Angehörige, die sich einer Mitarbeit zu entziehen suchen. Sie stellt auch häusliche Pflegearrangements vor, in denen sie jene Umbruchsituation erlebt, in der sich alle untersuchten gemeindlichen Pflegedienste befanden: Die in den gemeindlichen Pflegediensten verankerte Tradition, Klienten von einer finanziellen Selbstbeteiligung an den Pflegekosten freizustellen, wurde brüchig.

## 2. Die Methodik der Datenauswertung

### 2.1. Die Verfahrensmöglichkeiten im Rahmen der Datenauswertung

Es gilt nunmehr einen Auswertungsprozess zu rekonstruieren, dessen Anfänge in den frühen neunziger Jahren liegen. Das Auswertungsverfahren ist nicht in einem wissenschaftlichen Vakuum, sondern in der Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Arbeiten entstanden, die sich mit dem Problem befassten, sog. qualitative Befragungsdaten auszuwerten. Jene Auseinandersetzung wurde im Verlauf des KASSELER EG-Projektes gebahnt und nach Beendigung des KASSELER EG-Projektes vertieft. Jenes „**Kontextwissen**“<sup>311</sup> über Auswertungsmöglichkeiten sog. qualitativer Befragungsdaten soll nunmehr rekonstruiert werden.

Die Sichtung der mit der Auswertung qualitativer Befragungsdaten befassten **Methodendiskussion** ergab: Es besteht keine Einigkeit darüber, wie bei der Auswertung qualitativer Befragungsdaten zu verfahren ist. Es gibt kein Auswertungsverfahren, das für sich beanspruchen kann, die alleinige wissenschaftliche Anerkennung zu haben. Es stehen vielmehr unterschiedliche Auswertungsmöglichkeiten zur Auswahl<sup>312</sup>. Es werden Verfahrensmöglichkeiten vorgestellt. Sie bieten Entscheidungshilfen und lassen Entscheidungsspielräume unberührt<sup>313</sup>. Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung gilt es als selbstverständliches Ziel der **Analyse eines Einzelfalles**, eine „**typische**“<sup>314</sup> Art der Bearbeitung einer sozialen Situation aufzudecken. Es wird empfohlen, nicht nur einen Fall zu untersuchen, sondern mehrere Fälle in die Untersuchung einzubeziehen. Es wird geraten, eine **vergleichende Analyse**

---

<sup>311</sup> Strauss 1991: 36; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>312</sup> vgl.: Flick 1991: 163ff; Lamnek 1989: 104, 111; Reichertz 1991: 225ff.

<sup>313</sup> vgl.: Lamnek 1989: 104ff; Flick 1991: 163ff; Strauss 1991: 32ff.

<sup>314</sup> Lamnek 1989: 16; Hervorhebung im Original kursiv.

**von Einzelfällen** durchzuführen, um die Chancen zu erhöhen, zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen<sup>315</sup>. Es gibt unterschiedliche Vergleichsmöglichkeiten: Ein Vergleich ähnlicher Fälle bietet die Möglichkeit, einen „**einzelnen**“<sup>316</sup> Typus der Situationsbearbeitung zu erfassen. Ein Vergleich unähnlicher Fälle eröffnet die Möglichkeit, „**alle**“<sup>317</sup> Typen der Bearbeitung einer sozialen Situation zu entdecken. Es wird empfohlen, den Analyseprozess mit einem Vergleich ähnlicher, minimal kontrastierender Fälle zu beginnen und mit einem Vergleich unähnlicher, maximal kontrastierender Fälle zu beenden<sup>318</sup>. Die **Transkription** der qualitativen Befragungsdaten gilt als Selbstverständlichkeit<sup>319</sup>. Erstens wird geraten, nicht nur die sprachlichen Äußerungen zu transkribieren, sondern auch die sprachbegleitenden Phänomene zu dokumentieren<sup>320</sup>. Zweitens wird empfohlen, sowohl bei der Transkription der sprachlichen Äußerungen, als auch bei der Dokumentation der sprachbegleitenden Phänomene pragmatisch zu verfahren und ein dem Auswertungsthema angepasstes Maß an Wiedergabegenauigkeit zu wählen<sup>321</sup>. Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten systematischer **Textbearbeitung**: Bei der „**Kategorisierung**“<sup>322</sup> werden als erstes Hypothesen entwickelt und Kategorien gebildet. Anschließend wird der Fall unter jene getrennt von den Daten konstruierte „Struktur subsumiert“<sup>323</sup>. Bei der „**Sequenzierung**“<sup>324</sup> werden hingegen Kategorien und Hypothesen aus den Daten selbst entwickelt. Es wird „die dem Fall eigene Struktur“<sup>325</sup> rekonstruiert. Es wurde empfohlen, die Aufmerksamkeit im Rahmen der systematischen Textbearbeitung auf Interaktionen zu richten, auf Bedingungen, auf Strategien und auf Konsequenzen<sup>326</sup>. Bei der Analyse von Erzählungen wird zwischen der „erzählten Zeit“<sup>327</sup>, der Zeit des erzählten Geschehens, und der „Erzählzeit“<sup>328</sup>, der Zeit des Erzählens, unterschieden. Um die Gefahr zu mindern, einen Text fehlerhaft zu bearbeiten, ist eine **Kontrolle** der Textbearbeitung angezeigt. Der Akt der Kontrolle lässt sich nicht nur als individuellen Akt, sondern auch als sozialen Akt konzipieren. Es ist ratsam, die Arbeit am Text nicht nur selber zu kontrollieren, sondern auch kontrollieren zu lassen<sup>329</sup>. Es bestehen

<sup>315</sup> vgl.: Flick 1991: 163f; Gerhardt 1991: 435; Hildenbrand 1991: 260; Lamnek 1988: 109, 112f; Lamnek 1989: 26, 105f; Mayring 1990: 29, 93; Wiedemann 1991: 441.

<sup>316</sup> Lamnek 1989: 23; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>317</sup> ebd.: 1989: 22; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>318</sup> vgl.: Wiedemann 1991: 443.

<sup>319</sup> vgl.: Flick 1991: 161; Lamnek 1989: 104; Mayring 1990: 64.

<sup>320</sup> vgl.: Lamnek 1989: 104.

<sup>321</sup> vgl.: Mayring 1990: 65f, 73.

<sup>322</sup> Flick 1991: 164; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>323</sup> ebd.: 166.

<sup>324</sup> ebd.: 164; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>325</sup> ebd.: 166.

<sup>326</sup> vgl.: Strauss 1991: 57.

<sup>327</sup> Ulmer 1988: 22.

<sup>328</sup> ebd.: 22.

<sup>329</sup> vgl.: Lamnek 1989: 106.

unterschiedliche Möglichkeiten, Kontrolle ausüben zu lassen: einerseits durch Personen, die zur Gemeinschaft der **Wissenschaftler** zählen, einerseits durch Personen, die der „**Öffentlichkeit**“<sup>330</sup> angehören.

Das Auswertungsverfahren der vorliegenden Arbeit basiert nicht nur auf der Sichtung der Methodendiskussion, sondern auch auf der Sichtung der **methodengeleiteten Forschungspraxis**. Inspirierend waren insbesondere die Arbeiten von WITZEL<sup>331</sup> und ROSENTHAL<sup>332</sup>: Eine erste Gemeinsamkeit beider Arbeiten besteht darin, dass sog. qualitative Befragungsdaten erhoben wurden, um „Handlungsprobleme“<sup>333</sup> und deren Bearbeitung zu untersuchen<sup>334</sup>. Dass zu Untersuchungszwecken in dem einen Fall Leitfadeninterviews<sup>335</sup> und in dem anderen Fall narrative Interviews<sup>336</sup> eingesetzt wurden, stellt einen ersten Unterschied zwischen beiden Arbeiten dar. „Erzählungen eigenerlebter Erfahrungen“<sup>337</sup> erlauben die Rekonstruktion von Handlungen. Sie lassen sich nicht nur mit Hilfe narrativer Interviews, sondern auch mit Hilfe von Leitfadeninterviews generieren<sup>338</sup>.

Die Vertrautheit mit der WITZELSchen Arbeitsweise basierte auf der im Rahmen des KASSELER EG-Projektes geführten Diskussion um geeignete Verfahren zur Auswertung sog. qualitativer Befragungsdaten. Das von WITZEL gewählte Verfahren zur Auswertung von Leitfadeninterviews<sup>339</sup> wird im Folgenden beschrieben: Der erste Schritt der Datenauswertung besteht in der **Analyse eines Einzelfalles**<sup>340</sup>. Das Leitfadeninterview liegt „vollständig“<sup>341</sup> transkribiert vor. Die Regeln für die Dokumentation der sprachbegleitenden Phänomene bleiben auf ein Minimum beschränkt<sup>342</sup>. Die „**Textanalyse**“ stellt eine Leistung des einzelnen Forschers<sup>343</sup> dar. Der Text wird inhaltlich und methodisch kommentiert<sup>344</sup>. Die Textbearbeitung beginnt mit einer Identifikation der Themen und Fakten. Anschließend wird der Text segmentiert und die Textsegmente werden sequentiell analysiert. Die „**inhaltliche Interpretation**“<sup>345</sup> besteht in einer „Satz-für-Satz-Interpretation“<sup>346</sup>. Aufgabe des Interpreten ist es, die Aussagen der Befragungsperson Schritt für Schritt auf ihren Sinn zu prüfen und die

---

<sup>330</sup> Kvale 1991: 430; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>331</sup> vgl.: Witzel 1982, 1985.

<sup>332</sup> vgl.: Rosenthal 1987, 1995.

<sup>333</sup> Rosenthal 1987: 157.

<sup>334</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 157; Witzel 1982: 68.

<sup>335</sup> vgl.: Witzel 1982, 1985.

<sup>336</sup> vgl.: Rosenthal 1987, 1995.

<sup>337</sup> Rosenthal 1987: 119.

<sup>338</sup> vgl.: Witzel 1982: 98.

<sup>339</sup> vgl.: ebd.: 1985.

<sup>340</sup> vgl.: ebd.: 110.

<sup>341</sup> ebd.: 243.

<sup>342</sup> vgl.: ebd.: 110.

<sup>343</sup> ebd.: 111; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>344</sup> vgl.: ebd.: 110.

<sup>345</sup> ebd.: 110; Hervorhebung im Original gesperrt.

<sup>346</sup> ebd.: 112.

textimmanenten Bedeutungen nicht durch Kategorisierungen zu verdecken, die einem wissenschaftlichen Kontext entspringen<sup>347</sup>. Die sequentielle Bearbeitung des Textes soll gewährleisten, dass die Textsegmente abhängig von ihrem eigenen Kontext, dem Stand der Gesprächsentwicklung, interpretiert werden<sup>348</sup>. Interpretationen sequentiell bearbeiteter Textsegmente können im Fortgang der Analyse verwendet werden. Widersprüchliche Aussagen, Klärungen von Widersprüchen, Korrekturen und Detaillierungen von Angaben werden bei der sequentiellen Bearbeitung von Textsegmenten sichtbar. Die Überinterpretation eines Textsegmentes wird durch den Vergleich zwischen verschiedenen Textsegmenten vermieden<sup>349</sup>. Zur Textbearbeitung gehören auch die „**methodischen Kommentierungen**“<sup>350</sup> des Textes. Der in der Auswertungsphase zur Bearbeitung vorliegende Text wird als Produkt jenes Kommunikationsprozesses betrachtet, der während der Erhebungsphase zwischen Interviewer und Befragungsperson stattgefunden hat<sup>351</sup>. In der Erhebungsphase war es Aufgabe des Interviewers, den Kommunikationsprozess mit der Befragungsperson als einen auf den Gegenstand der Untersuchung zentrierten, in „Vorinterpretationen“<sup>352</sup> mündenden „Verständigungsprozess“<sup>353</sup> zu organisieren. In der Auswertungsphase ist es Aufgabe des Interpreten, jenen sich im Text widerspiegelnden Kommunikationsprozess zu begutachten<sup>354</sup>, die problematischen Kommunikationsleistungen seitens des Interviewers zu identifizieren und in ihren Auswirkungen auf den Kommunikationsprozess einzuschätzen<sup>355</sup>.

Im zweiten Schritt der Datenauswertung wird die Interpretationsleistung, die der einzelne Forscher erbracht hat, durch das Forschungsteam kontrolliert. Im Prozess der **Kontrolle** werden zwei Texte bearbeitet: das Gesprächstranskript und die Interpretation. Aufgabe der am Diskurs beteiligten Forscher ist es, die Interpretation einer Bewährungsprobe am Gesprächstranskript zu unterziehen und den Konsens am Gesprächstranskript zu suchen. Die endgültige Interpretation basiert auf einer zweifachen, intensiven Bearbeitung des Gesprächstranskriptes: Das Gesprächstranskript wird sowohl durch den einzelnen Forscher, als auch durch das gesamte Forschungsteam bearbeitet<sup>356</sup>. Die Interpretation wird nicht nur im Diskurs der Forscher, sondern möglichst häufig auch im

---

<sup>347</sup> vgl.: ebd.: 110.

<sup>348</sup> vgl.: ebd.: 119.

<sup>349</sup> vgl.: ebd.: 110.

<sup>350</sup> Witzel 1982: 110; Hervorhebung im Original gesperrt; Witzel 1985: 243; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>351</sup> vgl.: Witzel 1982: 119; Witzel 1985: 243.

<sup>352</sup> Witzel 1982: 108.

<sup>353</sup> ebd.: 108.

<sup>354</sup> vgl.: ebd.: 110f.

<sup>355</sup> vgl.: Witzel 1982: 110, 119; Witzel 1985: 243.

<sup>356</sup> vgl.: Witzel 1982: 111.

Diskurs mit Außenstehenden geprüft<sup>357</sup>. Im Prozess einer Fallanalyse wird die Struktur des Falles aufgedeckt: der Zusammenhang zwischen den subjektiv wahrgenommenen Handlungsvoraussetzungen und den spezifischen<sup>358</sup> Formen der Problembearbeitung. Die Analyse bleibt jedoch nicht auf einen Einzelfall beschränkt, sondern wird auf mehrere Einzelfälle ausgedehnt<sup>359</sup>. Im dritten Schritt der Datenauswertung erfolgt die **vergleichende Analyse der Einzelfälle**<sup>360</sup>. Sie wird in einem Prozess der „wechselseitigen Kontrolle im Forschungsteam“<sup>361</sup> durchgeführt. Ziel des Fallvergleichs ist es, auf „induktive“<sup>362</sup> Weise zu einer „Typisierung“<sup>363</sup> von Formen der Problembearbeitung zu gelangen.

Die Vertrautheit mit der ROSENTHALSchen Arbeitsweise basierte auf der Teilnahme an einem von ROSENTHAL durchgeführten Seminar zum Thema „Interpretative Textanalyse“<sup>364</sup>. Das von ROSENTHAL präferierte Verfahren zur Auswertung narrativer Interviews<sup>365</sup> wird im Folgenden skizziert: Zwischen der erlebten Lebensgeschichte und der erzählten Lebensgeschichte differenzierend, führt ROSENTHAL zwei Zeitperspektiven ein: die „erlebte Zeit“<sup>366</sup> und die „Erzählzeit“<sup>367</sup>. Sie wählt ein **Handlungsmodell**, das den prozessualen Charakter sozialen Handelns sowohl in der Zeit des Erlebens, als auch in der Zeit des Erzählens betont: Jede Handlung verkörpert eine Auswahl zwischen möglichen Alternativen, die bis zum Handlungsvollzug in der jeweiligen Situation offenstehen<sup>368</sup>. Durch die subjektive Auswahl werden objektive Möglichkeiten für Folgehandlungen beeinflusst. Einige Handlungsspielräume werden eröffnet, andere verschlossen<sup>369</sup>. Das gewählte **Analysemodell** trägt jenem Handlungsmodell Rechnung: Es verbindet Elemente der „objektiven Hermeneutik mit Elementen der Erzähl- und Textanalyse“<sup>370</sup>.

Die „**Sequenzanalyse**“<sup>371</sup> umfasst sowohl die „**sequentielle Analyse der erlebten Lebensgeschichte**“<sup>372</sup>, als auch die „**sequentielle Analyse der erzählten**

<sup>357</sup> vgl.: Witzel 1982: 111; Witzel 1985: 243.

<sup>358</sup> vgl.: Witzel 1982: 112.

<sup>359</sup> vgl.: ebd.: 110, 113.

<sup>360</sup> vgl.: ebd.: 112; Hervorhebung im Original gesperrt.

<sup>361</sup> ebd.: 113.

<sup>362</sup> ebd.: 112.

<sup>363</sup> ebd.: 119.

<sup>364</sup> Das Seminar fand im Zeitraum vom 29.9. - 2.10.1990 statt. Im Rahmen jenes Seminars wurde das Auswertungsverfahren eingeübt, das sich in den Publikationen von Rosenthal aus den Jahren 1987 und 1995 nachlesen lässt.

<sup>365</sup> vgl.: Rosenthal 1987, 1995.

<sup>366</sup> Rosenthal 1995: 215.

<sup>367</sup> Rosenthal 1987: 144.

<sup>368</sup> vgl.: Rosenthal 1995: 213.

<sup>369</sup> vgl.: ebd.: 214.

<sup>370</sup> Rosenthal 1987: 148.

<sup>371</sup> Rosenthal 1995: 215; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>372</sup> ebd.; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

**Lebensgeschichte**<sup>373</sup>. Die narrativen Interviews werden zu Zwecken der sequentiellen Analyse vollständig transkribiert<sup>374</sup>. Alle sprachlichen Phänomene werden „wortwörtlich“<sup>375</sup> erfasst. Auch die sprachbegleitenden Phänomene werden detailliert dokumentiert<sup>376</sup>. Als erstes findet eine „sequentielle Analyse“<sup>377</sup> biographischer Daten statt: Die Aufmerksamkeit ist auf die erlebte Lebensgeschichte gerichtet. Die „Aufschichtung lebensgeschichtlicher Erfahrungen“<sup>378</sup> wird unabhängig von den Selbstdeutungen des Biographen untersucht<sup>379</sup>. Als zweites wird die sequentielle Textanalyse vollzogen: Die Aufmerksamkeit gilt der erzählten Lebensgeschichte. Die „Aufschichtung des Textes“<sup>380</sup> wird erfasst. Ausgelegt wird nicht die biographische Erfahrung, sondern deren „Darstellung im Interview“<sup>381</sup>. Der Text wird sequenziert. „Sequenz nach Sequenz“<sup>382</sup> wird gedeutet. Als drittes erfolgt die sequentielle Feinanalyse einzelner Textstellen: Es werden Textpassagen ausgewählt, die sich eignen, gewonnene Interpretationen zu testen<sup>383</sup>, oder Textpassagen, deren Bedeutungsgehalt noch nicht entschlüsselt werden konnte<sup>384</sup>. „Sinneinheit für Sinneinheit“<sup>385</sup> wird interpretiert.

Die sequentielle Analyse ist ein regelgeleiteter Prozess<sup>386</sup>. Die Auslegung der Daten basiert auf dem „**Verfahren der Abduktion**“<sup>387</sup>. Das heißt: Ausgangspunkt ist jeweils eine Sequenz im Biographieverlauf oder eine Textsequenz in der biographischen Selbstdeutung<sup>388</sup>. Es folgen drei Arbeitsschritte. Jeder Arbeitsschritt entspricht einem gesonderten „Typus der Schlussfolgerung“<sup>389</sup>. Im ersten Schritt werden gedankenexperimentell alle zum Auslegungszeitpunkt möglichen Lesarten über die Bedeutung formuliert, die jener Sequenz im Biographieverlauf oder jener Textsequenz in der biographischen Selbstdeutung zukommen könnte<sup>390, 391</sup>. Im zweiten Schritt wird gedankenexperimentell auf die möglichen empirischen Folge-Phänomene geschlossen, welche jene Lesarten bestätigen könnten<sup>392</sup>. Das heißt: Es werden Hypothesen über die

---

<sup>373</sup> ebd.; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>374</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 149.

<sup>375</sup> ebd.: 148.

<sup>376</sup> vgl.: ebd.: 149, 419.

<sup>377</sup> ebd.: 156.

<sup>378</sup> ebd.: 151.

<sup>379</sup> vgl.: ebd. 153.

<sup>380</sup> ebd.: 178.

<sup>381</sup> vgl.: ebd.: 180.

<sup>382</sup> ebd.: 179.

<sup>383</sup> vgl.: ebd. 204.

<sup>384</sup> vgl.: Rosenthal 1995: 221.

<sup>385</sup> Rosenthal 1987: 206.

<sup>386</sup> vgl.: Rosenthal 1995: 214.

<sup>387</sup> ebd.: 208; Hervorhebung im Original kursiv.

<sup>388</sup> vgl.: ebd.: 214.

<sup>389</sup> ebd.: 213.

<sup>390</sup> vgl.: ebd.: 213.

<sup>391</sup> Im ersten Schritt erfolgt "das eigentliche abduktive Schließen" (Rosenthal 1995: 213).

<sup>392</sup> vgl.: Rosenthal 1995: 213.

denkbaren Anschlüsse entwickelt<sup>393, 394</sup>. Im dritten Schritt findet der empirische Test statt: Es wird nach Indizien für die aus den Lesarten abgeleiteten Folge-Phänomenen gesucht<sup>395</sup>. Die Hypothesen über die denkbaren Anschlüsse werden mit dem faktischen Anschluss kontrastiert<sup>396, 397</sup>.

Die Daten werden chronologisch ausgelegt. Sie werden in der zeitlichen Reihenfolge behandelt, in der sie im Biographieverlauf erlebt und im Gesprächsverlauf erzählt wurden<sup>398</sup>. Bei der Auslegung der Daten gilt die Abstinenzregel. Das heißt: Sowohl von gewonnenen Interpretationen, als auch vom Wissen über Lebenslauf und Textaufbau ist zu abstrahieren<sup>399</sup>. Bei der Auslegung der Daten gilt ferner die Sparsamkeitsregel. Das heißt: Es wird unterstellt, dass „Normalitätsbedingungen“<sup>400</sup> gelten. Im Gedankenexperiment werden zunächst Kontexte entfaltet, in denen eine biographische Handlung und eine biographische Thematisierung als sinnvoll erscheinen<sup>401</sup>. Erst wenn sich die Unterstellung von Normalitätsbedingungen im Kontrast mit dem konkreten Fall als unhaltbar erweist, wird nach Indizien für dessen Pathologie gesucht<sup>402</sup>.

Die „sequentielle Analyse“<sup>403</sup> erlaubt die Aufdeckung der „Fallstruktur“<sup>404</sup>: Im Auswertungsprozess werden fortlaufend die „Handlungsprobleme“<sup>405</sup> und die „Möglichkeiten der Handlungsentscheidung“<sup>406</sup> mit den gewählten Alternativen verglichen<sup>407</sup>. Auf diese Weise wird deutlich, ob bestimmte Alternativen systematisch ausgeschlossen werden<sup>408</sup>. Die Fallrekonstruktion gilt als vorerst beendet, wenn auf Basis der sequenziellen Analyse eine Hypothese über die Struktur des Falles aufgestellt werden kann<sup>409</sup>. Auf die Analyse einzelner Fälle<sup>410</sup> folgt die **vergleichende Analyse von Einzelfällen**<sup>411</sup>.

Die Arbeiten von WITZEL und ROSENTHAL zeichnen sich durch **Gemeinsamkeiten** aus, die sowohl die Thematik als auch die Methodik der Datenauswertung betreffen. Die

---

<sup>393</sup> vgl.: ebd.: 214.

<sup>394</sup> Im zweiten Schritt erfolgt die Deduktion: Die "Folge-Phänomene" werden "deduziert" (Rosenthal 1995: 213).

<sup>395</sup> vgl.: Rosenthal 1995: 213.

<sup>396</sup> ebd.: 214.

<sup>397</sup> Im dritten Schritt "erfolgt der empirische Test im Sinne des induktiven Schließens" (ROSENTHAL 1995: 213).

<sup>398</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 157, 179, 205.

<sup>399</sup> vgl.: ebd.: 204.

<sup>400</sup> ebd.: 207.

<sup>401</sup> vgl.: Rosenthal 1995: 214.

<sup>402</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 207.

<sup>403</sup> Rosenthal 1995: 214.

<sup>404</sup> ebd.: 215.

<sup>405</sup> Rosenthal 1987: 157.

<sup>406</sup> ebd.: 157.

<sup>407</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 158, 206; Rosenthal 1995: 214.

<sup>408</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 206; Rosenthal 1995: 214.

<sup>409</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 209.

<sup>410</sup> vgl.: ebd.: 245 ff.

<sup>411</sup> vgl.: ebd.: 381 ff.



Gemeinsamkeit **in der Auswertungsthematik** besteht in der Analyse der Bearbeitung von Handlungsproblemen<sup>412</sup>. Die Gemeinsamkeiten **in der Auswertungsmethodik** erstrecken sich erstens auf den Prozess der Einzelfallanalyse. Die **Analyse eines Einzelfalles** umfasst jeweils mehrere Arbeitsschritte: Transkription, Textbearbeitung und Kontrolle der Textbearbeitung. WITZEL und ROSENTHAL ziehen die vollständige **Transkription** der qualitativen Befragungsdaten einer Teiltranskription vor<sup>413</sup>. Sie geben dem sequenzierenden **Verfahren der Textbearbeitung** den Vorzug vor einem kategorisierenden Verfahren<sup>414</sup>. Sie betonen, dass das gewählte Textbearbeitungsverfahren den Interpreten an den Textaufbau und folglich an die Chronologie des Geschehens im Gesprächsverlauf bindet und dass jene Bindung dem Interpreten die Möglichkeit eröffnet, selber **Kontrolle** über seine Interpretationsleistungen auszuüben<sup>415</sup>. Sie betrachten den Akt der Kontrolle allerdings nicht nur als individuellen Akt, sondern auch als sozialen Akt<sup>416</sup>. Zu den Gemeinsamkeiten in der Auswertungsmethodik zählt zweitens der Prozess der Vergleichsanalyse: WITZEL und ROSENTHAL führen auf der Basis der Analyse einzelner Fälle<sup>417</sup> **fallvergleichende Analysen** durch<sup>418</sup>.

Die Arbeiten von WITZEL und ROSENTHAL lassen allerdings nicht nur Gemeinsamkeiten, sondern auch **Unterschiede** in der Auswertungsmethodik erkennen: Im Gegensatz zu WITZEL nutzt ROSENTHAL den **Transkriptionsprozess** für eine detaillierte Dokumentation der sprachbegleitenden Phänomene<sup>419</sup>. ROSENTHAL entscheidet sich im Gegensatz zu WITZEL für ein **Verfahren der Textbearbeitung**, das auf der Kombination von Textanalyse und objektiver Hermeneutik beruht: Sie führt auf diese Weise explizit einen Arbeitsschritt in den Interpretationsprozess ein, den implizit „jeder Interpret“<sup>420</sup> vollzieht. Sie richtet die Aufmerksamkeit folglich nicht nur auf die faktischen Problembearbeitungsstrategien, sondern lenkt die Aufmerksamkeit auch auf die potentiellen Problembearbeitungsstrategien<sup>421</sup>. Sie arbeitet ferner explizit mit der Unterscheidung zwischen der Zeit des Erzählens und der Zeit des Erlebens, um sich einerseits auf die Chronologie des Geschehens im Gesprächsverlauf, andererseits auf die Chronologie des Geschehens im Biographieverlauf zu beziehen<sup>422</sup>. WITZEL und ROSENTHAL nutzen sich ihnen bietende Möglichkeiten, um die Textbearbeitung durch die

<sup>412</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 157; Witzel 1982: 68.

<sup>413</sup> vgl.: Witzel 1985: 243; Rosenthal 1987: 149.

<sup>414</sup> vgl.: Witzel 1982: 110, 112, 119; Rosenthal 1987: 178f, 205; Rosenthal 1995: 218ff.

<sup>415</sup> vgl.: Witzel 1982: 110; Rosenthal 1987: 152.

<sup>416</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 246; Witzel 1982: 111; Witzel 1985: 243.

<sup>417</sup> vgl.: Witzel 1982: 110; Witzel 1985: 243; Rosenthal 1987: 245ff; Rosenthal 1995: 215ff.

<sup>418</sup> vgl.: Witzel 1982: 112; Witzel 1985: 244; Rosenthal 1987: 381ff.

<sup>419</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 149, 419.

<sup>420</sup> ebd.: 147.

<sup>421</sup> vgl.: ebd.: 146.

<sup>422</sup> vgl.: ebd.: 151, 157.

Fachöffentlichkeit überprüfen zu lassen: Sie setzen einerseits auf die **Kontrolle** durch das „Forschungsteam“<sup>423</sup> und bauen andererseits auf die Kontrolle durch den „Leser“<sup>424</sup>.

## 2.2. Das Auswertungsverfahren

Die Reichhaltigkeit des Datenmaterials erwies sich im Auswertungsprozess als Januskopf: Zwar verhieß sie die Möglichkeit, zu einer Fülle empirisch fundierter Einsichten über die Praxis ambulanter Pflege zu gelangen. Aber sie ließ auch die Langwierigkeit des zu durchlaufenden Arbeitsprozesses erahnen. Sie verwies auf die Dringlichkeit, eine Lösung für das Auswertungsproblem zu finden: Wie kann einerseits dem Gebot nach Qualitätssicherung<sup>425</sup>, andererseits dem Gebot nach Sicherung der Praktikabilität<sup>426</sup> im Auswertungsprozess Rechnung getragen werden? Das für die Zwecke dieser Arbeit gewählte qualitative Auswertungsverfahren stellt den Versuch dar, das Auswertungsproblem in Anlehnung an diskutierte und praktizierte Verfahren in einer Weise zu lösen, die beiden Geboten soweit wie möglich Rechnung trägt.

Der Auswertungsprozess basierte auf der **Transkription** aller Leitfadeninterviews, die mit der ausgewählten Personalferson geführt worden waren: Jene Leitfadeninterviews waren vollständig transkribiert worden. Auf eine detaillierte Dokumentation der sprachbegleitenden Phänomene war verzichtet worden. Die **Textbearbeitung** war ein systematischer Vorgang: Die zu bearbeitende Textmasse bestand aus 1020 Textseiten. Die Transkription der episodenzugehörigen Leitfadeninterviews hatte 670 Seiten erbracht. Die Transkription der Allgemeinen Leitfadeninterviews hatte 350 Seiten ergeben. Jene Textmasse war, auf der Ebene der Einzelinterviews, in Textpassagen von unterschiedlicher Länge gegliedert. Die einzelnen Texte wurden nicht ausschnittsweise, sondern vollständig ausgewertet. Das heißt: Alle Textsorten wurden ausgewertet. Die einzelnen Texte wurden nicht kategorisierend, sondern sequenzierend bearbeitet. Das heißt: Sie wurden Texteinheit für Texteinheit ausgewertet. Die Analyse folgte erstens dem **Geschehen im Erhebungsprozess**. Alle behandelten Themen wurden erfasst: geplante Themen sowie ungeplante Themen. Alle zu einem Thema gehörenden Textstellen wurden berücksichtigt. Die Bearbeitung jener Textstellen folgte dem Textaufbau. Sie blieb auf diese Weise an den Gesprächsverlauf gebunden. Bei der Textbearbeitung wurden inhaltliche Interpretation und methodische Prüfung des Textes miteinander verknüpft. Die vergleichende Analyse thematisch verbundener Textstellen

---

<sup>423</sup> Witzel 1982: 111; Witzel 1985: 243.

<sup>424</sup> Rosenthal 1987: 246.

<sup>425</sup> vgl.: Flick 1991.

<sup>426</sup> vgl.: Dunkel 1994.

erlaubte es, die Entwicklung eines Themas zu untersuchen. Die Analyse folgte zweitens dem **Geschehen im Arbeitsprozess** der Pflegekraft: Die Handlungsprobleme der Pflegekraft wurden enthüllt. Die Entstehung und Behandlung jener Handlungsprobleme wurde aufgedeckt. Prozesse der Situationsdeutung und Situationsbearbeitung wurden beleuchtet. Sequenzen von Interaktionen, Wahrnehmungen und Bewertungen, Entscheidungen und Handlungen wurden erfasst. Bedingungen, Strategien, Ziele und Konsequenzen der Situationsbearbeitung wurden erhellt. Alternativen der Situationsdeutung und Situationsbearbeitung wurden erkundet.

Die Textbearbeitung basierte auf folgenden Annahmen: Erzählungen selbsterlebter Erfahrungen stellen optimale Annäherungen an eigenerlebte Handlungs- und Interaktionsprozesse dar<sup>427</sup>. Nicht nur das narrative Interview, sondern auch das Leitfadeninterview bietet die Möglichkeit, jene eigenerlebten Handlungs- und Interaktionsprozesse zu „rekonstruieren“<sup>428</sup>, wenn die dem Leitfadeninterview immanente Offenheit für Fragen, die „erzählungsgenerierend“ sind, im Erhebungsprozess genutzt wird<sup>429</sup>. Bei der ausgewählten Personalsperson handelt es sich um ein Gesellschaftsmitglied, das sich durch Normalität auszeichnet und Handlungsprobleme, in einen gesellschaftlichen, sozialpolitischen, organisatorischen und beruflichen Kontext eingebettet, auf sinnvolle und situationsangemessene Weise bearbeitet. Anomalität ist erst dann zu unterstellen, wenn sich die Unterstellung von Normalität als unhaltbar erweisen sollte. Das „Kontextwissen“<sup>430</sup> über Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege hat die Sensibilität im Umgang mit den zu bearbeitenden Texten erhöht.

Um die **Ergebnisse** der Textbearbeitung zu dokumentieren, wurden im ersten Schritt **Langfassungen** erstellt. Im zweiten Schritt wurden **Kurzfassungen** angefertigt. Während im Rahmen der Langfassungen die Gesamtheit aller behandelten Themen berücksichtigt worden war, um wählbare Themenschwerpunkte zu identifizieren zu können, war im Rahmen der Kurzfassungen auf Basis der identifizierten Themenschwerpunkte eine **Konzentration auf das** für die Zwecke dieser Arbeit gewählte **Schwerpunktthema** vorgenommen worden. Gemeinsames Schwerpunktthema sowohl der episodenzugeordneten Leitfadeninterviews als auch der allgemeinen Leitfadeninterviews war das Erleben und Gestalten des Verhältnisses zu den Angehörigen pflegebedürftiger Senioren. Das Verhältnis zu den Angehörigen pflegebedürftiger Senioren erwies sich unabhängig von den Besonderheiten der einzelnen Episoden als Schwerpunktthema aller episodenzugeordneten Leitfadeninterviews. Nicht nur das Verhältnis zu natürlich gewachsenen sozialen

---

<sup>427</sup> vgl.: Rosenthal 1987: 119; Flick 1991: 167.

<sup>428</sup> Flick 1991: 156.

<sup>429</sup> vgl.: Witzel 1982: 98.

<sup>430</sup> Strauss 1991: 36.

Netzwerken, verkörpert durch die Angehörigen pflegebedürftiger Senioren, sondern auch das Verhältnis zu künstlich zu schaffenden sozialen Netzwerken, wie sie Angehörigengruppen und Besuchsdienste darstellen, war Schwerpunktthema der allgemeinen Leitfadeninterviews.

Die **Kontrolle** der Textbearbeitung war nicht nur als individueller Akt, der parallel zur Bearbeitung eines Textes verlief, sondern auch als sozialer Akt konzipiert, der im Anschluss an die Textbearbeitung stattfand. Um Kontrolle durch Fachöffentlichkeit herzustellen, wurden drei Experten ausgewählt: Einer der Experten war nicht nur als Projektleiter in die KASSELER Pflegedienst-Studie eingebunden gewesen, sondern fungierte auch als Betreuer dieser Arbeit. Die beiden anderen Experten waren zwar weder als Projektmitarbeiter, noch als Befragungspersonen an der KASSELER Pflegedienst-Studie beteiligt gewesen, verfügten aber aufgrund ihrer wissenschaftlichen Vorbildung und aufgrund ihrer Berufserfahrung über einschlägige Kenntnisse. Die gewählten Experten verhiessen die Möglichkeit, die Textbearbeitung aus sozialwissenschaftlicher, medizinischer und literaturwissenschaftlicher Sicht zu begutachten. Sie haben die auf der Arbeit am Text basierenden Skripte unabhängig voneinander auf Plausibilität geprüft. Die der Arbeit am Text zugrunde gelegten Transkripte haben sie auszugsweise gelesen. Die Möglichkeit, Transkripte vollständig zu lesen, war freigestellt, blieb aber ungenutzt. Sie haben ebenfalls unabhängig voneinander Kritik geäußert: Sie haben eher mangelnde Lesbarkeit, als mangelnde Nachvollziehbarkeit kritisiert. Kritische Anregungen wurden eigenverantwortlich eingearbeitet.

Den Abschluss der Auswertung bildete eine **fallvergleichende Analyse besonderer Art**. Für die Zwecke dieser Arbeit wurde die Aufmerksamkeit auf den **Fall einer Pflegekraft** gelenkt: Sie stellt in den episodenzugehörigen Interviews eigenerlebte Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung in **acht Episoden häuslicher Pflege** aus ihrem aktuellen Berufsalltag vor. Im Rahmen der allgemeinen Leitfadeninterviews nimmt sie auf **alle** im Verlauf des bisherigen Berufslebens in der ambulanten Pflege eigenerlebten Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung Bezug. Die Vergleichsanalyse blieb auf die ausgewählte Pflegekraft beschränkt. Sie baute nicht auf der Möglichkeit auf, einen Vergleich zwischen Pflegekräften anzustellen, sondern beruhte auf der Möglichkeit, einen Vergleich zwischen Situationen anzustellen, in denen sich der ausgewählte Fall einer Pflegekraft darstellt. Angestrebt wurde sowohl der Vergleich ähnlicher Situationen, als auch der Vergleich unähnlicher Situationen. Zunächst wurden die Vergleiche zwischen den episodenspezifischen Leitfadeninterviews vertieft, abschließend wurden Vergleiche mit den allgemeinen Leitfadeninterviews

angestellt. Ziel der vergleichenden Materialsichtung war es, Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege mit einem hohen Maß an Tiefenschärfe systematisch zu erforschen. Dass das für die Zwecke dieser Arbeit entwickelte Auswertungsverfahren nicht in einem wissenschaftlichen Vakuum, sondern in der Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Arbeiten entstanden ist, die sich mit dem Problem befassen, sog. qualitative Befragungsdaten auszuwerten, wurde bereits erklärt. Zu Zwecken der Verdeutlichung sollen die gewählten Anschlussmöglichkeiten nunmehr den einzelnen Arbeitsschritten zugeordnet werden, die im Auswertungsprozess zu durchlaufen waren.

- Im Rahmen der **Transkription** der Leitfadeninterviews wurde ein Verfahren eingesetzt, das in Anlehnung an die Arbeiten von WITZEL und ROSENTHAL entstanden ist: Sowohl sprachliche Äußerungen, als auch sprachbegleitende Phänomene wurden erfasst<sup>431</sup>. Die sprachlichen Äußerungen wurden vollständig wiedergegeben<sup>432</sup>. Die Wiedergabe der sprachbegleitenden Phänomene blieb unvollständig: auf vollständige Wiedergabe ausgewählter Phänomene beschränkt<sup>433</sup>.
- Auch das Vorgehen bei der **Textbearbeitung** war durch Anknüpfung an die Arbeiten von WITZEL und ROSENTHAL geprägt. Anknüpfungspunkte waren: Auswertung auf Basis der Sequenzierung aller Texte<sup>434</sup>, Auswertung von Erzählungen auf Basis der Unterscheidung zwischen Erzählzeit und erzählter Zeit<sup>435</sup>, Auswertung auf Basis unterstellter Normalität<sup>436</sup>, auf Basis der Reflexion über Deutungs- und Handlungsalternativen<sup>437</sup> und auf Basis der Reflexion über die Methodik der Gesprächsführung<sup>438</sup>.
- Das Verfahren zur **Kontrolle** der Textbearbeitung gründete auf der Empfehlung, Kontrolle nicht nur selber auszuüben, sondern auch ausüben zu lassen<sup>439</sup>. Es wurde eine Vorgehensweise gewählt, die sich durch die Kombination beider Kontrollformen auszeichnet. In Anlehnung an die Arbeiten von WITZEL<sup>440</sup> und

---

<sup>431</sup> vgl.: Witzel 1982, Rosenthal 1987.

<sup>432</sup> vgl.: Witzel 1985, Rosenthal 1987.

<sup>433</sup> vgl.: Witzel 1982.

<sup>434</sup> vgl.: Witzel 1982, Rosenthal 1987, 1995.

<sup>435</sup> vgl.: Rosenthal 1987, 1995; Ulmer 1988.

<sup>436</sup> vgl.: Rosenthal 1987, 1995.

<sup>437</sup> vgl.: Rosenthal 1995.

<sup>438</sup> vgl.: Witzel 1982, 1985.

<sup>439</sup> vgl.: Lamnek 1989.

<sup>440</sup> vgl.: Witzel 1982.

ROSENTHAL<sup>441</sup> wurde die Bindung der Textinterpretation an den Gesprächsverlauf als Möglichkeit genutzt, Kontrolle als individuellen Akt herzustellen. In Anlehnung an die Arbeit von WITZEL<sup>442</sup> wurde in der Einbindung ausgewählter Experten eine Möglichkeit gesehen, Kontrolle als sozialen Akt zu gestalten.

- Im Rahmen der **fallvergleichenden Analyse** wurde ein Vorgehen gewählt, bei dem die Aufmerksamkeit nicht auf die Variation von Fällen gerichtet wird, sondern auf die Variation von Situationen, in denen sich ein Einzelfall präsentiert. Der gewählte Vergleichsplan, der sowohl den Vergleich ähnlicher Situationen, als auch den Vergleich unähnlicher Situationen umfasst, reflektiert in modifizierter Form die Empfehlung, den Vergleich zwischen Fällen<sup>443</sup> mit einem Vergleich ähnlicher Fälle zu beginnen und mit einem Vergleich unähnlicher Fälle zu beenden<sup>444</sup>.
- Anknüpfungsmöglichkeiten an die Arbeit von STRAUSS<sup>445</sup> wurden punktuell genutzt: Der Empfehlung, die Aufmerksamkeit im Rahmen der systematischen Textbearbeitung auf Interaktionen und Interaktionsprozesse, auf Handlungsbedingungen, Handlungsstrategien und Handlungsfolgen zu richten, wurde Rechnung getragen. Da Erhebungs- und Auswertungsprozess zeitlich auseinanderklafften, entfiel die Möglichkeit, eine fallvergleichende Analyse durchzuführen, die der Logik der Grounded Theory folgt.

### 3. Die Thematik der Datenauswertung

#### 3.1. Die Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege

Weder die Entwicklung der Auswertungsmethodik, noch die Entwicklung der Auswertungsthematik fand in einem wissenschaftlichen Vakuum statt. Es soll nunmehr das „**Kontextwissen**“<sup>446</sup> über Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege rekonstruiert werden, das in den Auswertungsprozess eingeflossen ist, ohne vorab zu Hypothesen

---

<sup>441</sup> vgl.: Rosenthal 1987.

<sup>442</sup> vgl.: Witzel 1982, 1985.

<sup>443</sup> vgl.: Lamnek 1989.

<sup>444</sup> vgl.: Wiedemann 1991.

<sup>445</sup> vgl.: Strauss 1991.

<sup>446</sup> Strauss 1991:36; Hervorhebung im Original kursiv.

verdichtet worden zu sein.<sup>447</sup> Um jene Wissensbestände zu rekonstruieren, ist ebenfalls ein Blick in die Vergangenheit erforderlich: Was war Anfang bis Mitte der neunziger Jahre über die Praxis ambulanter Pflege im Allgemeinen und über das in häuslichen Pflegearrangements beobachtbare Verhältnis zwischen Pflegekräften und Angehörigen im Besonderen bekannt?

Die an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und privaten Haushalten agierende Pflegekraft ist gefordert, den gesellschaftlichen **Kontext formeller Pflegearbeit** zu berücksichtigen: Sie muss sich in häuslichen Pflegearrangements auf Interaktionen einzulassen, auf Interaktionen mit Privatpersonen. Sie hat den Besonderheiten jener Interaktionspartner Rechnung zu tragen. Sie muss sich mit deren Lebensverhältnissen und Bedürfnissen auseinandersetzen. Sie hat sich sowohl mit den Bedürfnissen von kranken, behinderten und gebrechlichen Senioren<sup>448</sup> als auch mit den Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen zu befassen<sup>449</sup>. Sie ist ferner gefordert, den sozialpolitischen, organisatorischen und beruflichen Kontext formeller Pflegearbeit in Rechnung zu stellen: Sie ist verpflichtet, sich im Rahmen sozialpolitischer Regeln, organisatorischer Möglichkeiten und sachlicher Notwendigkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen. Es ist ihre Aufgabe, auf Basis einer „Bedarfsbestimmung“<sup>450</sup> die im Fall von „Krankheit“<sup>451</sup>, „Behinderung“<sup>452</sup> und Gebrechlichkeit entstehenden „Bedarfssituationen“<sup>453</sup> zu bearbeiten. Im Rahmen jener „Bedarfsbestimmung“<sup>454</sup> obliegt es ihr, in einem ersten Schritt den Bedarf an Pflege zu prüfen und in einem zweiten Schritt den Bedarf an formeller Pflege zu ermitteln. Das ist jene Restgröße, die nach Abzug informell erbrachter Pflegeleistungen verbleibt und aus Sicht der Pflegekraft den eigentlichen Interventionsbedarf ausmacht: Die Leitfrage lautet: „Welchen Anteil des Pflegebedarfs können die Angehörigen übernehmen und welcher muss von der Station übernommen werden?“<sup>455</sup>. Die Hierarchisierung der Aufmerksamkeit auf die Ermittlung jener Restgröße verdeutlicht: Netzressourcen sollen vorrangig vor Organisationsressourcen eingesetzt werden. In dem Bemühen, Bedürfnisentwicklung und Bedarfsdeckung zu verzahnen, arbeitet die Pflegekraft im Rahmen jener Bedarfsbestimmung an der Transformation wahrgenommener

---

<sup>447</sup> Zur Rekonstruktion des Kontextwissens in Sachen Auswertungsmethodik siehe Kapitel 2.1. aus Kapitel II dieser Arbeit.

<sup>448</sup> vgl.: Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 110, Grauhan 1992: 718; Voss 1993: 201ff.

<sup>449</sup> vgl.: Evers/Olk 1995b: 98.

<sup>450</sup> Gross 1983: 99.

<sup>451</sup> Grunow/Hegner 1981: 40.

<sup>452</sup> ebd.: 41.

<sup>453</sup> ebd. 41.

<sup>454</sup> Gross 1983: 99.

<sup>455</sup> Evers/Olk 1995a: 70.

Bedürfnisse in bearbeitbare Bedarfslagen<sup>456</sup>. Im Prozess der Bedarfsbearbeitung bewegt die Pflegekraft sich in einem organisatorischen und beruflichen Kontext, der ihr abverlangt, den Widerspruch zwischen Ausweitung und Einschränkung des eigenen Engagements zu bearbeiten: Die ökonomischen Eigeninteressen der Pflegeorganisation und die Tauschwertorientierung beruflichen Helfens verlangen sowohl im Gegensatz zum eigenen beruflichen Selbstverständnis als auch im Gegensatz zur Wertorientierung der Trägerorganisation eine Ökonomisierung des eigenen Engagements<sup>457</sup>.

Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege sind von **Komplexität** und **Kontingenz** geprägt. Arbeitstypen, die sich nach STRAUSS beim Studium von Arbeitsprozessen im Krankenhaus entdecken lassen<sup>458</sup>, finden sich nach MOERS auch beim Studium von Arbeitsprozessen in der ambulanten Pflege<sup>459</sup>. In Prozessen der Bedürfniswahrnehmung, Bedarfsermittlung und Bedarfsbearbeitung übernimmt das in der ambulanten Pflege tätige Pflegepersonal diverse „**Typen von Arbeit**“<sup>460</sup>. Es verrichtet nicht nur „körperbezogene Arbeit“<sup>461</sup>, sondern leistet auch „Gefühlsarbeit“<sup>462</sup> sowie Koordinationsarbeit und Fehlerarbeit<sup>463, 464</sup>. Es ist im Rahmen der Koordinationsarbeit gefordert, sich in der Interaktion mit Patienten und deren Angehörigen auf Aushandlungsprozesse einzulassen<sup>465</sup>. Im Rahmen der Fehlerarbeit ist es gefordert, insbesondere an der Vermeidung von Fehlern zu arbeiten, die sich für die Patienten als folgenschwer erweisen könnten.<sup>466</sup> Weder die Bedürfnisentwicklung, noch die Bedarfsentwicklung lässt sich vorhersehen. Sowohl die Bedarfsbestimmung, als auch die Bedarfsbearbeitung kann durch den Lauf der Dinge jederzeit überholt werden. Prozesse der Bedürfniswahrnehmung, Bedarfsbestimmung und Bedarfsbearbeitung setzen sich in der Regel aus Sequenzen von Interaktionen zwischen heterogenen

---

<sup>456</sup> vgl.: Gross 1983: 99.

<sup>457</sup> vgl.: Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 112.

<sup>458</sup> vgl.: Strauss et al 1980, Strauss et al 1985; Strauss 1985.

<sup>459</sup> vgl.: Moers 1995.

<sup>460</sup> ebd.: 671; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>461</sup> ebd.: 671; im Original kursiv hervorgehoben.

<sup>462</sup> ebd.: 672; im Original kursiv hervorgehoben.

<sup>463</sup> vgl.: ebd.: 672.

<sup>464</sup> Moers (1995: 672) spricht nicht von Koordinationsarbeit sondern von „Aushandlungsarbeit“. Er verwendet auch nicht den Begriff der Fehlerarbeit, sondern den Begriff der „Sicherheitsarbeit“ (Hervorhebungen im Original kursiv). STRAUSS et al (1985: 151) nennen die Arbeit an der Koordination von Aufgaben „articulation work“. Sie sprechen sowohl von „safety work“ (STRAUSS et al 1985: 69) als auch von „error work“ (STRAUSS et al 1985: 243; STRAUSS 1985: 4).

<sup>465</sup> vgl.: Evers/Olk 1995b: 31ff.

<sup>466</sup> Unter Bezugnahme auf Scheff (1966) verweist Siegrist (1995) in seiner Analyse ärztlichen Handelns auf das Problem diagnostischer Unsicherheit und auf die in Fällen diagnostischer Unsicherheit anzuwendende Regel. Sie lautet: „Lieber eine gesunde Person als krank diagnostizieren als eine kranke Person für gesund erklären“ (Siegrist 1995: 236). Erläuternd führt er aus: „Eine gesunde Person als krank zu diagnostizieren bedeutet, eine falsche Hypothese weiterhin aufrechtzuerhalten. Eine kranke Person als gesund zu beurteilen, bedeutet dagegen, eine richtige Hypothese als falsch zu verwerfen. Dieser letztere Fehlertyp gilt als schwerwiegender als der erstere, denn eine verworfene richtige Hypothese verunmöglicht eine weitere Prüfung, wogegen eine angenommene falsche Hypothese im weiteren Untersuchungsverlauf immer noch zurückgewiesen werden kann“ (Siegrist 1995: 236).



Akteuren zusammen. Die Pflegekraft leistet „**Arbeit in der Interaktion**“<sup>467</sup>. Pflegeleistungen erbringend, verrichtet sie Arbeit an einer pflegebedürftigen Person<sup>468</sup>. Jene pflegebedürftige Person gilt als "externer Produktionsfaktor"<sup>469</sup>. Deren Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation ist nicht garantiert, beeinflusst aber die Qualität der Pflegeleistung<sup>470</sup>.

Auch die Arbeit mit Angehörigen ist von Kontingenz und Komplexität geprägt. Ambulante Pflege setzt prinzipiell Existenz und Engagement eines familialen Netzwerkes voraus<sup>471</sup>. Es kann aber nicht unterstellt werden, dass diese Voraussetzungen in jedem Fall erfüllt sind<sup>472</sup>. Existieren familialer Netzwerke, gehören Familienangehörige zum gesellschaftlichen Kontext formeller Pflege. Die Pflegekraft ist gefordert, an der „Verknüpfung“<sup>473</sup> zwischen formell und informell erbrachter Unterstützung zu arbeiten. Es gibt aber keine Garantie dafür, dass jene Verknüpfungsarbeit gelingt. Die Pflegekraft besitzt bei Entscheidungen über den **Einsatz der Organisationsressourcen** Entscheidungsspielräume<sup>474</sup>. Sie ist gefordert, Entscheidungen nicht nach freiem Ermessen, sondern nach pflichtgemäßem Ermessen zu fällen<sup>475</sup>. Die Pflegekraft ist gehalten, nach pflichtgemäßem Ermessen den Versuch zu unternehmen, auf Entscheidungen über den Einsatz von Netzressourcen Einfluss zu nehmen. Die Pflegekraft ist einerseits gefordert, die Mitwirkungspflicht von Angehörigen zu berücksichtigen, die nicht nur in dem sozialpolitischen Gebot zum vorrangigen **Einsatz von Netzressourcen** begründet liegt, sondern auch auf der Begrenztheit organisatorischer Möglichkeiten und den sachlichen Notwendigkeiten zur Qualitätssicherung in der Pflege beruht. Die Pflegekraft ist andererseits gefordert, die Möglichkeiten und Grenzen einer Mitwirkung von Angehörigen zu bestimmen und das Selbstbestimmungsrecht von Angehörigen zu berücksichtigen. In der Interaktion mit Angehörigen greift weder das Mittel der Anweisung, noch ist der Erfolg von Verhandlung garantiert.<sup>476</sup> Handlungsweisen von Angehörigen lassen sich nicht vorhersagen, können Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege aber sowohl erschweren als auch erleichtern. Das Engagement von Familienangehörigen bedeutet für das Pflegepersonal unter Umständen nicht nur Entlastung<sup>477</sup>, sondern auch Belastung<sup>478</sup>.

---

<sup>467</sup> Badura/Gross 1976: 69; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>468</sup> vgl.: Grunow/Hegner 1981: 42.

<sup>469</sup> Gross/Badura 1977: 366.

<sup>470</sup> vgl.: Badura/Gross 1976: 69.

<sup>471</sup> vgl.: Grunow 1993: 226.

<sup>472</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 154; Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 49, 53, 90.

<sup>473</sup> Grunow/Hegner 1981: 51.

<sup>474</sup> vgl.: Hegner 1980: 15.

<sup>475</sup> vgl.: Gross 1983: 69; Gross spricht hier von "Sorgfaltspflicht".

<sup>476</sup> Allgemeine Ausführungen zu Koordinationsstrategien finden sich bei Grunow (1992: 213).

<sup>477</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 152.

<sup>478</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 220, 222; Garms-Homolová/Schaeffer 1992: 92.

Familienangehörige sind im Falle einer Beteiligung ambulanter Pflegedienste in der Regel gleichfalls am Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Versorgung älterer Menschen beteiligt<sup>479</sup>. Jene **gemischten Arrangements häuslicher Pflege** beruhen, vereinfachend gesagt, auf dem Engagement zweier **Typen von Arbeitskräften**. Ein erster **Unterschied** zwischen Angehörigen und Pflegekräften besteht in der **Basis des Engagements**. Das Engagement der in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte ist beruflicher Art. Das heißt: Sie engagieren sich auf formeller Basis. Sie organisieren und leisten Versorgung auf Basis einer Berufsausbildung, auf Basis einer beruflichen Verpflichtung und auf Basis eines Entgelts. Sich an der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung beteiligend, leisten sie Erwerbsarbeit und verrichten bezahlte Pflegearbeit<sup>480</sup>. Das Engagement der Angehörigen ist außerberuflicher Art. Das heißt: Sie engagieren sich auf informeller Basis. Familiales Engagement basiert weder auf einer Berufsausbildung, noch auf einer beruflichen Verpflichtung, noch auf einem Entgelt<sup>481</sup>. Es beruht vielmehr auf persönlicher Bindung, Pflichtgefühl und sozialem Druck<sup>482</sup>. Sich an der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung beteiligend, leisten Angehörige keine Erwerbsarbeit, sondern private „Sorgearbeit“ und verrichten unbezahlte Pflegearbeit<sup>483</sup>. Ein zweiter Unterschied zwischen Angehörigen und Pflegekräften besteht in **Art und Ausmaß des Engagements**. Der Pflegeberuf ist zwar durch „mangelnde Beruflichkeit“<sup>484</sup> und Nähe zur Hausarbeit gekennzeichnet<sup>485</sup>. Das Engagement von Pflegekräften ist aber im Unterschied zum Engagement von Angehörigen durch Selektivität geprägt. Pflegekräfte erbringen definierte Leistungen in definierten Zeiteinheiten, familiales Engagement vornehmlich ergänzend<sup>486</sup>. Eine **Gemeinsamkeit** zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegekräften besteht nicht nur in der Sorge um das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person sondern auch in den pflegebedingten Belastungen: Das Engagement in der Pflege ist sowohl für pflegende Angehörige<sup>487</sup> als auch für Pflegekräfte belastend<sup>488</sup>. Die Arbeit in jenen gemischten Arrangements häuslicher Pflege ist konfliktträchtig<sup>489</sup>.

<sup>479</sup> vgl.: Grunow/Hegner 1981: 39; Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 166, 168; Nothbaum - Leiding 1991: 96f.

<sup>480</sup> vgl.: Hegner 1980: 6.

<sup>481</sup> vgl.: Hegner 1980: 7; Grunow/Hegner 1981: 43f, 58.

<sup>482</sup> vgl.: Heinze/Olk/Hilbert 1988: 117f; 155.

<sup>483</sup> vgl.: ebd.: 144.

<sup>484</sup> Ostner/Krutwa-Schott 1981: 68.

<sup>485</sup> vgl.: Ostner/Beck-Gernsheim verweisen auf die „Hausarbeitsnähe der Krankenpflege“ (1979: 26, im Original kursiv hervorgehoben). Laut Bischoff lässt sich die „Krankenpflege als hausarbeitsnaher Beruf“ betrachten (1994: 124, im Original kursiv hervorgehoben).

<sup>486</sup> vgl.: Heinemann-Knoch u.a 1982: 258ff, 263; Höft-Dzemski 1988: 84.

<sup>487</sup> vgl.: Bröschen 1983: 210; Heinemann-Knoch/de Rijke 1987: 180.

<sup>488</sup> vgl.: Kretschmann 1986: 74ff; Damkowski/Görres/Luckey 1988: 222; Garms -Homolová/Schaeffer 1992: 96.

<sup>489</sup> vgl.: Steiner-Hummel 1993: 10; Zeman 1993: 242f; Zeman 1994: 180f.

Angehörige verkörpern für das Pflegepersonal die zentrale soziale Ressource pflegebedürftiger Personen<sup>490, 491</sup>. Gefordert, in einem **Pflegedreieck** zu agieren, ist das Pflegepersonal zwar mit der Situation von Angehörigen und Patienten konfrontiert, fühlt sich aber „**primär**“<sup>492</sup> für das Wohlergehen pflegebedürftiger Personen verantwortlich<sup>493</sup>. Jenes Gefühl basiert einerseits auf der Organisation der ambulanten Pflege: Nicht die pflegenden Angehörigen, sondern die pflegebedürftigen Personen stehen im Mittelpunkt der Angebotsgestaltung<sup>494, 495</sup>. Die am Körper einer zu pflegenden Person zu leistende Pflege ist als Kernaufgabe etabliert<sup>496</sup>. Jenes Gefühl basiert andererseits auf der Pflegeausbildung: Sie bahnt die „Wertschätzung der medizinischen bzw. körperbezogenen Pflege“<sup>497</sup>. Das Pflegepersonal hat jedoch eine zumindest „begrenzte“<sup>498</sup> Verantwortung für das Wohlergehen von Angehörigen, die es als „Koproduzenten“<sup>499</sup> und als „Koklienten“<sup>500</sup> erlebt.<sup>501</sup> Sowohl in der Situation des Erstgesprächs, als auch in Situationen im laufenden Prozess finden Angehörige Beachtung: Die Aufmerksamkeit, die das Personal ihnen schenkt, bleibt allerdings instrumentell verkürzt, auf Effektivierung einer auf den Körper der pflegebedürftigen Person bezogenen Pflege gerichtet<sup>502</sup>. Eine Unterstützung, die pflegenden Angehörigen um ihrer selbst willen gewährt wird, ist selten klar von Unterstützungsleistungen zu unterscheiden, die ihnen nur als Mittel zum Zweck der Sicherstellung ihrer Beteiligung an der häuslichen Pflege zuteil wird. Pflegeleistungen übernehmend, leistet das Personal ambulanter Pflegedienste auf indirekte Weise auch einen Beitrag zur Entlastung der Angehörigen<sup>503</sup>.

Entlastung pflegender Angehöriger<sup>504</sup> und Förderung familiärer Selbsthilfe<sup>505</sup> gelten als **Zielsetzungen ambulanter Pflege**. Die Hamburger Sozialstationen-Studie verdeutlicht:

<sup>490</sup> vgl.: Zeman 1994: 174; Evers/Olk 1995b: 98.

<sup>491</sup> Nicht Angehörige, sondern Pflegekräfte stellen Organisationsressourcen dar. Krankenpflegekräfte bilden das Kernpersonal ambulanter Pflegedienste (Grunow/Hegner/Lempert 1979: 206; Dahme u.a. 1980: 39; Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 93; Höft-Dzemski 1987: 47; Höft-Dzemski 1988: 81f; Heinze/Olk/Hilbert 1988: 160).

<sup>492</sup> ebd.: 160; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>493</sup> vgl.: Evers/Olk 1995a: 69; Evers/Olk 1995b: 95.

<sup>494</sup> vgl.: Evers/Olk 1991: 82f; Steiner-Hummel 1993: 11f.

<sup>495</sup> Pflegeleistungen (Grunow/Hegner/Lempert 1979: 200; Dahme u.a. 1980: 42; Grunow/Hegner 1981: 42f; Heinemann-Knoch/de Rijke/Schachtner 1985: 91f; Höft-Dzemski 1987: 37; Höft-Dzemski 1988: 80; Heinze/Olk/Hilbert 1988: 159) und „unmittelbar“ mit pflegerischen Leistungen assoziierte Beratungsleistungen (Grunow/Hegner 1981: 43) stellen die Kernangebote ambulanter Pflegedienste dar.

<sup>496</sup> vgl.: Evers 1993b: 249; 267.

<sup>497</sup> Evers/Olk 1995a: 69; Evers/Olk 1995b: 95.

<sup>498</sup> ebd.: 69.

<sup>499</sup> ebd.: 90.

<sup>500</sup> Lüders 1994: 171.

<sup>501</sup> Jene auf nationaler Ebene beobachtbaren Reflexionen über die Sichtweisen, die Pflegekräfte über Angehörigen haben, wurden durch Forschungsarbeiten aus dem U.K inspiriert. Sie sind mit dem Namen von J.TWIGG verbunden (z.B. Twigg 1989, 1995).

<sup>502</sup> vgl.: Evers/Olk 1995a: 70.

<sup>503</sup> vgl.: ebd.: 76.

<sup>504</sup> vgl.: Heinze/Olk/Hilbert 1988: 158; Damkowski/Görres/Luckey 1988: 213.

Zielsetzung des Personals ist es, das familiäre Engagement soweit möglich zu wahren<sup>506</sup> und zu mehren<sup>507</sup>.<sup>508</sup> Die Mitwirkung von Angehörigen goutierend<sup>509</sup>, sind die Mitarbeiterinnen um **Förderung familiärer Selbsthilfe** bemüht. Jenes Bemühen um Förderung familiärer Selbsthilfe manifestiert sich in der Anleitung und Schulung von Angehörigen. Die MitarbeiterInnen sind nach Möglichkeit darauf bedacht, Familienangehörige in der Pflege anzuleiten und zu schulen, um deren Selbsthilfefähigkeit bei der Erledigung pflegerischer Aufgaben anzuregen. Anleitung und Schulung dienen der Befähigung zur Aufgabenerledigung<sup>510</sup>. Sie sollen „fachlichen Überforderungen“<sup>511</sup> vorbeugen. Die MitarbeiterInnen betrachten es allerdings auch als Aufgabe der Sozialstation, Angehörige zu entlasten, die überfordert sind. Die Einbindung überbeanspruchter Angehöriger ist ungewiss<sup>512</sup>. Das Bemühen um **Entlastung pflegender Angehöriger** wird im Rahmen der arbeitsteiligen Sicherstellung der häuslichen Pflege sichtbar. Normalerweise wird eine arbeitsteilige Sicherstellung der häuslichen Pflege erwogen. Durch Arbeitsteilung soll vermieden werden, dass die Fähigkeit und die Bereitschaft pflegender Angehöriger, sich an der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen, strapaziert wird. Die Freistellung pflegender Angehöriger von der Erledigung bestimmter pflegerischer Aufgaben, d.h. die begrenzte Befreiung von der Aufgabenerledigung, wird als Maßnahme zur Entlastung pflegender Angehöriger genutzt<sup>513</sup>. Das Bemühen, den „**Rückzug der Angehörigen aus der Pflege**“<sup>514</sup> zu vermeiden, wird in Situationen deutlich, in denen Mitarbeiterinnen auf Seiten der Angehörigen schwindende Beteiligung am Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrnehmen: Die MitarbeiterInnen ergreifen Gegenmaßnahmen. Sie suchen die Kommunikation mit den Angehörigen und versuchen, sie praktisch anzuleiten<sup>515</sup> und zu fortgesetzter Beteiligung an der häuslichen Pflege zu bewegen. Pflegekräfte sind auf Arbeitsteilung bei den Pflegeleistungen bedacht<sup>516</sup>. Beobachtbar ist: Es kommt bei der Verteilung der Verantwortlichkeiten für Pflegeleistungen einerseits zur

<sup>506</sup> vgl.: Grunow/Hegner 1981: 55, 63; Heinze/Olk/Hilbert 1988: 157f.

<sup>507</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 150, 153.

<sup>508</sup> vgl.: ebd.: 153.

<sup>509</sup> Die Hamburger Sozialstationen-Studie basiert auf einer Erhebung in vierzehn Hamburger Sozialstationen (Damkowski/Görres/Luckey 1988: 34): Es wurde sowohl das mit Leitungsfunktionen als auch das mit Durchführungsfunktionen betraute Personal befragt. Zusätzlich zu schriftlichen Befragungen der LeiterInnen sowie der MitarbeiterInnen (Damkowski/Görres/Luckey 1988: 41; 44) wurden Experteninterviews mit den LeiterInnen (Damkowski/Görres/Luckey 1988: 42) und Gruppendiskussionen mit den MitarbeiterInnen durchgeführt (Damkowski/Görres/Luckey 1988: 39).

<sup>510</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 213.

<sup>511</sup> vgl.: ebd.: 154.

<sup>512</sup> ebd.: 152.

<sup>513</sup> vgl.: ebd.: 213.

<sup>514</sup> vgl.: ebd.: 153.

<sup>515</sup> ebd.: 150; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>516</sup> vgl.: ebd.: 152.

<sup>517</sup> vgl.: ebd.: 153.

Bildung gemeinsamer Aufgabenbereiche<sup>517</sup>, andererseits zur Bildung getrennter Aufgabenbereiche<sup>518</sup>. Beobachtbar ist auch: Es kommt zu einer besonders gearteten Trennung von Aufgabenbereichen. Das Engagement von Angehörigen bleibt auf die Organisation von Pflegeleistungen beschränkt, derweil sich das Engagement des Pflegepersonals sowohl auf die Organisation als auch auf die Produktion von Pflegeleistungen erstreckt<sup>519</sup>. Eine derartige Trennung der Aufgabenbereiche stößt beim Personal ambulanter Pflegedienste jedoch auf wenig Gegenliebe: Als „**Anwälte und Beschaffer von Ressourcen**“<sup>520</sup> finden Angehörige keine Anerkennung. Je nach der Art ihres Auftretens gelten Angehörige als anspruchslos oder anspruchsvoll<sup>521</sup>. Insbesondere der Typ des zwar Forderungen stellenden, sich in seiner praktischen Beteiligung jedoch reserviert zeigenden Angehörigen wird ungerne gesehen<sup>522</sup>. Die Pflegedienst-Studie aus Westfalen kommt zu dem Ergebnis: Pflegende Angehörige werden als „**Koproduzenten**“<sup>523</sup> betrachtet.<sup>524</sup> Genauer gesagt: Sie gelten als „nachgeordnete Koproduzenten“<sup>525</sup>, als **Hilfskräfte**, deren Aufgabe darin besteht, den Pflegeprozess zu unterstützen. Aus der Perspektive des Personals handeln Angehörige richtig, wenn sie die ihnen zugedachte Rolle der Hilfskräfte übernehmen: wenn sie in der Zeit vor den Hausbesuchen sämtliche Vorarbeiten erledigen, wenn sie in der Zeit während der Hausbesuche Hilfestellung leisten und wenn sie in der Zeit zwischen den Hausbesuchen die „Vorschläge und Auflagen des Pflegepersonals“<sup>526</sup> befolgen, auf diese Weise den pflegerischen Arbeitsprozess unterstützend. Aus der Perspektive des Personals handeln Angehörige falsch, wenn sie den pflegerischen Arbeitsprozess beeinträchtigen<sup>527</sup>. Deren **Anwesenheit** während eines Pflegeeinsatzes gilt als unproblematisch, sofern sie umstandslos die ihnen zugedachte „**Rolle als Hilfskräfte**“<sup>528</sup> erfüllen<sup>529</sup>. Sie gilt als problematisch, sofern sie unbeholfen sind<sup>530</sup>, Kontrolle ausüben und versuchen, den eigenen Vorstellungen und eigenen Bedürfnisse innerhalb des

<sup>517</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 153f; Zeman 1993: 239, 241.

<sup>518</sup> vgl.: Damkowski/Görres/Luckey 1988: 153.

<sup>519</sup> vgl.: Zeman 1993: 240; Zeman 1994: 178.

<sup>520</sup> Evers/Olk 1995b: 95; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>521</sup> vgl.: ebd.: 91.

<sup>522</sup> vgl.: Evers/Olk 1995b: 92.

<sup>523</sup> ebd.: 90; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>524</sup> In drei Städten Westfalens wurden jeweils zwei Einrichtungen der ambulanten Versorgung in die Untersuchung einbezogen: jeweils eine Einrichtung vom Typ traditioneller Versorgung und eine Einrichtung vom Typ innovativer Versorgung (Evers/Olk 1995a: 67; Evers/Olk 1995b: 72). Zu den Befragten zählten auch "PraktikerInnen" ambulanter Pflege (Evers/Olk 1995b: 72). Sie waren als "PflegedienstleiterIn", "Pflegekraft" oder "Haushilfe" mit Entscheidungs- oder Durchführungsfunktionen betraut (Evers/Olk 1995b: 73). Im Folgenden werden soweit möglich, die mit Bezug auf die Pflegekräfte formulierten Untersuchungsergebnisse vorgestellt.

<sup>525</sup> ebd.: 98.

<sup>526</sup> ebd.: 69; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>527</sup> vgl.: ebd.: 89.

<sup>528</sup> ebd.: 89; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>529</sup> vgl.: ebd.: 70.

<sup>530</sup> vgl.: ebd.: 71.

Arbeitsprozesses Geltung zu verschaffen. Deren **Abwesenheit** während eines Pflegeeinsatzes gilt als unproblematisch, sofern sie als Zeitspanne gedeutet wird, die der Erholung oder der Erfüllung anderer Verpflichtungen dient. Jedoch als Versuch gedeutet, Verantwortung und Belastungen auf das Personal abzuwälzen, gilt sie als problematisch<sup>531</sup>. Jene Vorstellung von den guten pflegenden Angehörigen wird durch die im Ausbildungsprozess vermittelten Regeln über gute Pflege geprägt<sup>532</sup>. Sie entspricht zugleich traditionellen Vorstellungen über familiäre Solidarität und familiäre Pflegepflicht<sup>533</sup>: Aus der Perspektive des Personals erfüllen Angehörige ihre **Rolle als Familienmitglieder**, wenn sie sich an der Pflege in einer Weise beteiligen, die als „liebevoll“<sup>534</sup> und „aufopferungsbereit“<sup>535</sup> definiert wird. Für die Fachkräfte stellen Fälle, in denen pflegende Familienangehörige sich aufopfern und die eigenen Bedürfnisse den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person unterordnen, Fälle vorbildlicher Pflege dar<sup>536</sup>. Wie bereits erklärt, sind die Wissensbestände über Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege in den Auswertungsprozess eingeflossen, ohne vorab zu Hypothesen verdichtet worden zu sein. Sie haben die Sensibilität für die Datenauswertung erhöht. Bleibt abschließend festzuhalten: Anknüpfungspunkte, die in dem untersuchten Berufsfeld wahrgenommenen Arbeitsvollzüge begrifflich zu fassen, boten insbesondere die Studien von Strauss<sup>537</sup> und Moers<sup>538</sup>.

### 3.2. Die Leitfragen der Auswertung

Am Anfang des Auswertungsprozesses stand jene Ausgangsfrage, die Startpunkt des Auswahlprozesses gewesen war. Sie lautete: Wie erlebt und gestaltet das Personal ambulanter Pflegedienste seine Arbeit in der ambulanten Pflege? Mit Beginn des Auswertungsprozesses setzte ein Prozess der Konkretisierung jener Ausgangsfrage ein. Das heißt: Im Verlauf der Auswertung haben sich Leitfragen herausgebildet. Die Bildung jener Leitfragen ist einerseits durch das kontextbezogene Wissen beeinflusst worden, das in die Auswertungsarbeit eingeflossen sind: Es wurden etwa jene Themen aufgegriffen, die in der KASSELER Pflegedienst-Studie angelegt waren und maßgeblich sowohl durch das KASSELER EG-Projekt als auch durch die europäische Vergleichsstudie geprägt worden waren. Die Bildung jener Leitfragen ist andererseits durch den Fortgang

---

<sup>531</sup> vgl.: ebd.: 70.

<sup>532</sup> vgl.: Evers/Olk 1995b: 89.

<sup>533</sup> vgl.: Evers/Olk 1995a: 69; Evers/Olk 1995b: 93.

<sup>534</sup> Evers/Olk 1995b: 93.

<sup>535</sup> ebd.: 93; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>536</sup> vgl.: Evers/Olk 1995a: 69.

<sup>537</sup> vgl.: Strauss et al 1980; Strauss et al 1985; Strauss 1985.

<sup>538</sup> vgl.: Moers 1985.

der Auswertungsarbeit selbst beeinflusst worden: Erstens wurden alle Themen berücksichtigt, nicht nur die geplanten Themen, sondern auch die ungeplanten Themen. Zweitens fand die Differenzierung der einzelnen Themen Berücksichtigung.

Die Leitfragen beziehen sich sowohl auf Herausforderungen, vor die Personal ambulanter Pflegedienste gestellt ist, als auch auf Möglichkeiten und Grenzen, jene Herausforderungen zu meistern: Sie betreffen erstens das Problem, die Entwicklung von Bedürfnissen und die Bestimmung von Bedarfen mit Angeboten der Bedarfsdeckung zu verzahnen. Sie nehmen zweitens Bezug auf das Problem, formelle und informelle Angebote der Bedarfsdeckung zu verknüpfen. Sie beziehen sich drittens auf das Problem, spezifische Arbeitsbeziehungen im Kontext diffuser Familienbeziehungen aufzubauen. Aus pragmatischen Gründen wird darauf verzichtet, jede Leitfrage vorzustellen, die im Verlauf der Auswertungsarbeit behandelt worden ist. Es werden vielmehr Leitfragen vorgestellt, die sich während unterschiedlicher Phasen des Auswertungsprozesses als relevant erwiesen haben.

- Welche Bedürfnisse nimmt die Pflegekraft wahr? Nimmt sie Bedürfnisse nicht nur auf Seiten der Senioren, sondern auch auf Seiten der Angehörigen wahr? Wie bewertet sie jene Bedürfnisse?
- Welche Bedarfe erkennt die Pflegekraft an? Registriert sie Bedarf an Unterstützung auch auf Seiten der Angehörigen? Nimmt sie Belastungen von Angehörigen wahr? Räumt sie Angehörigen ein Recht auf Entlastung ein?
- Wie bewertet sie die Möglichkeiten und Grenzen von Angehörigen sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu engagieren? Wie bewertet sie die Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes?
- Hegt die Pflegekraft den Anspruch, dass Angehörige sich am Prozess der Bedarfsbestimmung und Bedarfsbearbeitung beteiligen? Unterscheidet sie zwischen Arten geforderten Engagements? Fallen Ansprüche an ein Engagement der Familie für einzelne Familienmitglieder unterschiedlich aus?
- Welche Zielvorstellungen verbindet sie mit einem Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes? Ist sie bestrebt, das Engagement der Familie zu erhalten und zu erweitern? Betrachtet sie eine Entlastung von Angehörigen als unrealistische Zielsetzung?

- Welche Verfahrensregeln gibt es? Welche Verfahrensweisen wählt die Pflegekraft im Umgang mit Angehörigen? Inwieweit bindet sie sie in Prozesse der Bedarfsbestimmung und Bedarfsbearbeitung ein? Inwieweit kommuniziert sie mit ihnen über Unterstützungsziele und Unterstützungsleistungen?
- Wie sehen aus Sicht der Pflegekraft die mit dem Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes und die mit dem Engagement der sozialen Netzwerke verbundenen Konsequenzen aus? Führt das Engagement des Pflegedienstes zu einer Schwächung des familialen Engagements?
- Wie beeinflussen die Verfahrensregeln das Verfahren der Pflegekraft? Wie beeinflussen auf Seiten der Pflegekraft bestehende Anspruchshaltungen an familiales Engagement im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege die Verfahrenspraxis?
- Wie beeinflussen auf Seiten der Pflegekraft entwickelte Bewertungen (über Art und Ausmaß des Bedarfs, über Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der Angehörigen, über Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes) die Verfahrenspraxis?

Das Datenmaterial eröffnete schwerpunktmäßig Möglichkeiten, das Verhältnis der Pflegekraft zu natürlich gewachsenen sozialen Netzwerken, verkörpert durch Angehörige zu pflegender Senioren, zu beleuchten. Es bot allerdings auch Möglichkeiten, das Verhältnis der Pflegekraft zu künstlich zu schaffenden sozialen Netzwerken zu betrachten, wie sie Angehörigengruppen und freiwillige Helfergruppen darstellen. Die Offenheit des Auswertungsprozesses erlaubte die Entwicklung gesonderter Leitfragen:

- Wie beurteilt die Pflegekraft die Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements künstlich geschaffener sozialer Netzwerke?
- Welche Ansprüche hat sie an deren Engagement im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung?
- Welche Verfahrensweisen wählt sie? Inwieweit bindet sie sie in Prozesse der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung ein?



Die Untersuchungsergebnisse werden im Folgenden vorgestellt. Vorweggenommen sei: Nicht jede Leitfrage ließ sich durch Auswertung jedes Textes beantworten. Vom Urteil des Lesers hängt ab, inwieweit die Beantwortung der Leitfragen als gelungen gelten kann. Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse ist von dem Bemühen getragen, die Auswertung der Texte möglichst transparent zu halten. Es wurde eine textnahe Darstellungsform gewählt. Dies erklärt die hohe Anzahl von Fußnoten, in denen auf Interviewstellen verwiesen wird.<sup>539</sup> Inwieweit das Bemühen um Transparenz als gelungen bewertet werden kann, hängt ebenfalls vom Urteil des Lesers ab. Mit Fertigstellung der Arbeit wurden die Transkriptionen dem Betreuer dieser Arbeit zur Einsichtnahme vorgelegt.

---

<sup>539</sup> Angaben zu den Erhebungssituationen finden sich ebenfalls im Fußnotenteil.

### **III Die Untersuchungsergebnisse: Acht Fallgeschichten aus dem Berufsalltag einer Pflegefachkraft**

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse beginnt mit der Präsentation der auf der Auswertung der episodenzugehörigen Leitfadengespräche beruhenden Befunde. Die zu Untersuchungszwecken ausgewählte Pflegekraft hatte im Rahmen jener episodenzugehörigen Leitfadengespräche zeitnah Fall für Fall Einblick in die Geschichte der Auswahl und Bearbeitung jener acht Fälle häuslicher Pflege gewährt, die sie im Erhebungszeitraum in den Bestand der Fälle des gemeindlichen Pflegedienstes neu aufgenommen hatte. Jene acht Episoden häuslicher Pflege stellen acht Variationen ein und desselben Handlungsproblems dar: nämlich der Koordination und Kooperation mit Angehörigen. Sie werden im Folgenden getrennt vorgestellt. Den Anfang bildet eine Fallgeschichte, in der die Pflegekraft einen aus ihrer Sicht unproblematischen Prozess der Koordination und Kooperation mit Angehörigen erlebt (Kapitel III 1). Die nachfolgenden Fallgeschichten (Kapitel III 2 bis Kapitel III 8) handeln allesamt von Prozessen der Koordination und Kooperation mit Angehörigen, die sie nach eigener Darstellung als problematisch erlebt. Zur Präsentation jeder Fallgeschichte wurden Kapitelüberschriften gewählt, die ein Schlaglicht auf jene seitens der Pflegekraft erlebten Koordinations- und Kooperationsprozesse werfen. Dazu wurden auf Basis des Auswertungsprozesses Anleihen in der der Pflegekraft eigenen Begriffswelt gemacht. Der Aufbau der Ergebnispräsentation ist stets gleich. Jede Episodenanalyse besteht aus zwei Schwerpunkten. Als erstes wird der Prozess der Fallauswahl und Fallbearbeitung textnah rekonstruiert. Abschließend werden Quintessenzen formuliert: Die zentralen Bausteine des rekonstruierten Arbeitsprozesses, die sich bei der Untersuchung der Personalperspektive haben entdecken lassen, werden gesondert dargestellt. Betrachtet werden die Handlungsbedingungen, die Handlungsziele, die Handlungsstrategien und die Handlungsfolgen. Der Aufbau der Ergebnispräsentation spiegelt den Auswertungsprozess wieder. Der Einstieg in die Lektüre ist offen. Der Leser hat die Möglichkeit, der Logik des Auswertungsprozesses (nicht) zu folgen. Er kann wählen, mit der textnahen Rekonstruktion des untersuchten Arbeitsprozesses zu beginnen oder mit den Quintessenzen zu starten. Die auf der Ebene der Quintessenzen eingebauten Fußnoten stellen Verbindungen zur Ebene der textnahen Rekonstruktion des untersuchten Arbeitsprozesses her. Sie sollen die kritische Prüfung der Quintessenzen erleichtern. Da jede Fallgeschichte für sich genommen lesbar sein sollte, lassen sich Wiederholungen bei den Quintessenzen nicht vermeiden. Sie mögen zwar als ermüdend

empfundene werden, regen aber die vergleichende Betrachtung an und verweisen auf die Vergleichbarkeit der Untersuchungsbefunde.

## **1. Die erste Episode: Eine Tochter, deren Beteiligung nach Ansicht der Pflegefachkraft „optimal“ ist**

### **1.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes**

Die Krankenschwester berichtet<sup>540</sup>: Die Seniorin (83 Jahre) sei verwitwet. Sie habe drei Kinder, zwei Töchter und einen Sohn. Sie habe ferner Enkel und Urenkel. Sie lebe mit der sie pflegenden Tochter (58 Jahre) und mit deren Ehemann (68 Jahre) in einem Dreipersonenhaushalt. Jene Tochter habe drei erwachsene, außerhalb des Elternhauses lebende Kinder<sup>541 542</sup>.

---

<sup>540</sup> Bei der ersten Episode handelte es sich um die Episode mit der Kennziffer 122. Der männliche Feldforscher hat zur ersten Episode zwei Episodeninterviews durchgeführt. Er hat im Rahmen eines zweistündigen Eingangsgesprächs (28.6.1988) die Krankenschwester (A1), die Krankenpflegehelferin (A2) und eine Auszubildende (A3) befragt. Er hat im Rahmen eines Abschlussgesprächs (17.1.1989) ausschließlich die Krankenschwester befragt. Er hat das Abschlussgespräch für die erste Episode aus Praktikabilitätsgründen mit den Abschlussgesprächen für vier weitere Episoden auf einen Termin gelegt. Jenes abschließend anberaumte Gespräch dauerte für alle fünf Episoden neunzig Minuten. Die erste Episode wurde als erste behandelt (dreizehn Minuten). Die Abkürzungen für die Episodeninterviews lauten: EPI1 für das Eingangsgespräch zur ersten Episode und EPI1.2 für das Abschlussgespräch zur ersten Episode. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die erste Episode zu kennzeichnen, wird auf ein Urteil zurückgegriffen, das die Krankenschwester im Eingangsgespräch über eine Bedingung auf Seiten des familialen Netzwerkes formuliert hat: Sie bezeichnet die im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege beobachtbare Beteiligung der Tochter als "optimal" (EPI1 A1: 7).

<sup>541</sup> vgl.: EPI 1 A1: 32; EPI1.2: 4.

<sup>542</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiäre Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation. Angaben zum Alter der Angehörigen sind am Ende des Abschlussgesprächs nachgehoben worden.

## 1.2. Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 1.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 1.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Die Krankenschwester unterscheidet zwischen einer Vorgeschichte im weiteren Sinne und einer Vorgeschichte im engeren Sinne. Die **Vorgeschichte im weiteren Sinne** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Seniorin sei seit einem vor Jahren erlittenen Schlaganfall halbseitig gelähmt gewesen<sup>543</sup>. Die Tochter habe **ohne** Unterstützung durch das Pflegepersonal häusliche Pflege geleistet. Den Fahrdienst zum Altenclub übernehmend, habe das Pflegepersonal sich ausschließlich an der sozialen Betreuung der Seniorin beteiligt<sup>544</sup>. Jene Beteiligung sei allerdings nicht von Dauer gewesen: Die Krankenschwester habe den Fahrdienst zum Altenclub eingestellt, nachdem sie ihn dreimal übernommen habe. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat ohne Unterstützung durch die familiäre Pflegeperson Fahrdienst geleistet, hat sich zur Beendigung des Fahrdienstes entschieden und hat der Angehörigen jene Entscheidung mitgeteilt. Die familiäre Pflegeperson hat sich nach Aussage der Krankenschwester mit der Entscheidung, den Fahrdienst einzustellen, einverstanden erklärt<sup>545</sup>.

Wie rekonstruiert die Krankenschwester den in die Entscheidung zur Einstellung des Fahrdienstes mündenden Prozess? Sie bekundet: Sie habe es in der erzählten Zeit als hinderlich erlebt, Fahrdienst zu leisten. Nach Darstellung der Krankenschwester ist die Übernahme des Fahrdienstes mit einer **zeitlichen Belastung** verbunden gewesen. Die Krankenschwester erklärt: Sie sei jedes Mal gefordert gewesen, zwecks Bewältigung der Strecke zwischen Haus und Fahrzeug eine halbe Stunde Arbeitszeit zu investieren<sup>546</sup>. Jener Zeitbedarf sei dem Bedarf an Unterstützung zur Fortbewegung zuzuschreiben gewesen. Zur Fortbewegung habe es infolge der Halbseitenlähmung sowohl technischer Hilfsmittel als auch persönlicher Hilfestellung bedurft. Nach Darstellung der Krankenschwester ist die Übernahme des Fahrdienstes ferner mit einer **körperlichen Belastung**, wenn nicht gar mit einer körperlichen Überforderung verknüpft gewesen. Die

---

<sup>543</sup> vgl.: EPI 1 A1: 1, 46.

<sup>544</sup> vgl.: ebd.: 1, 3f, 26, 79.

<sup>545</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>546</sup> vgl.: ebd.: 3.

Krankenschwester erklärt: „Auch sei jedesmal ein Hang“<sup>547</sup> zu überwinden gewesen, welcher sich als beschwerlicher Weg erwiesen habe, und unter derart erschwerten Bedingungen schaffe sie es alleine nicht, im Falle einer Person mit Halbseitenlähmung persönliche Hilfestellung zur Fortbewegung zu leisten. Die Krankenschwester macht die mit der Deckung des Bedarfs an Hilfe zur Fortbewegung verknüpfte Belastung der eigenen Person zu einem ersten Argument für die Einstellung des Fahrdienstes. **Existenz eines familialen Netzwerkes** lautet ihr zweites Argument: „Und das habe ich irgendwo auch nicht eingesehen, sie abzuholen, weil die Tochter noch da war“<sup>548</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat entschieden, dem familialen Netzwerk unter der Bedingung einer als unzumutbar bewerteten Belastung der eigenen Person den **Vorrang** bei der **Sicherstellung der sozialen Betreuung** einzuräumen. Sie hat die Aufmerksamkeit auf ein ausgewähltes Mitglied des familialen Netzwerkes gerichtet: auf die familiäre Pflegeperson. Denkbar ist: Die Krankenschwester ist der Ansicht gewesen, die familiäre Pflegeperson stellt nicht nur die häusliche Pflege, sondern auch die soziale Betreuung der zu pflegenden Person sicher. Denkbar ist auch: Die Krankenschwester hat den Anspruch gehegt, die familiäre Pflegeperson soll die soziale Betreuung der zu pflegenden Person im häuslichen Kontext vorrangig selber sicherstellen. Die familiäre Pflegeperson soll Gesellschaft selber leisten. Sie soll Gesellschaft selber organisieren, um Gesellschaft durch Angehörige sozialer Netzwerke leisten zu lassen. Die Krankenschwester ist vermutlich der Auffassung gewesen:

- Die pflegebedürftige Person hat ein **Bedürfnis nach Gesellschaft**. Zwecks Bedürfnisbefriedigung braucht sie Unterstützung. Der **Bedarf an Unterstützung** lässt sich einerseits durch informelles Engagement, andererseits formelles Engagement decken. Denkbar ist: Die Angehörige übernimmt es, Mitglieder des Altenclubs einzuladen und zu bewirten. Denkbar ist auch: Die Pflegekraft übernimmt den Fahrdienst zum Altenclub.
- Wenn sich jenes Bedürfnis nach Gesellschaft ausschließlich außerhalb des häuslichen Kontextes befriedigen lassen würde, d.h. nur durch Teilnahme am Altenachmittag, dann ließe sich Bedarf an formeller Unterstützung im Rahmen der Sicherstellung der sozialen Betreuung anerkennen. Die Übernahme des Fahrdienstes zum Altenclub wäre angezeigt.

---

<sup>547</sup> ebd.: 3.

<sup>548</sup> ebd.: 4.

- Da sich jenes Bedürfnis nach Gesellschaft jedoch auch innerhalb des häuslichen Kontextes stillen lässt, d.h. durch Einladung und Bewirtung von Mitgliedern des Altenclubs, bedarf es keiner formellen Unterstützung im Rahmen der Sicherstellung der sozialen Betreuung. Die Übernahme des außerhäuslichen Begleitedienstes ist nicht notwendig.

Hat die Krankenschwester den außerhäuslichen Begleitedienst als nicht notwendig betrachtet, hat sie die mit dem außerhäuslichen Begleitedienst verbundene Belastung der eigenen Person als vermeidbar angesehen. Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Sie hat entschieden, den außerhäuslichen Begleitedienst einzustellen **und** die Beteiligung an der sozialen Betreuung zu beenden. Sie hat die Möglichkeit verworfen, die Beteiligung an der sozialen Betreuung fortzusetzen. Es wäre zum einen denkbar gewesen, die Arbeitsbedingungen zu verändern: Wenn sie den Fahrdienst **ohne** Unterstützung durch die familiäre Pflegeperson geleistet hat, dann hätte sie den Fahrdienst **mit** Unterstützung durch die pflegende Angehörige fortsetzen können, anstatt ihn einzustellen. Es wäre zum anderen denkbar gewesen, die Art der geleisteten Arbeit zu verändern: Sie hätte alternativ zur Fortsetzung des Fahrdienstes ein eigens der sozialen Betreuung dienendes Hausbesuchsprogramm einführen können. Steigende Entlastung auf Seiten der Pflegekraft **und** steigende Belastung auf Seiten der familiären Pflegeperson sind vermutlich Folgen der Entscheidung gewesen, die Beteiligung an der sozialen Betreuung zu beenden. Hat die Krankenschwester antizipiert, dass die Belastung auf Seiten der pflegenden Angehörigen steigt? Denkbar ist:

- Die familiäre Pflegeperson hat die Krankenschwester nicht um fortgesetzte Beteiligung an der sozialen Betreuung gebeten: weder um Fortsetzung des außerhäuslichen Begleitedienstes, noch um Einführung von Hausbesuchen. Die Krankenschwester hat **keinen manifesten Wunsch nach fortwährender formeller Unterstützung** im Prozess der Sicherstellung der sozialen Betreuung wahrgenommen. Sie hat unterstellt, dass im Prozess der Sicherstellung der sozialen Betreuung einstweilen **kein Bedarf an formeller Unterstützung** besteht.
- Die Krankenschwester ist sich **bewusst** gewesen: Sie trägt, sich an der sozialen Betreuung beteiligend, nicht nur einem auf Seiten der pflegebedürftigen Person bestehenden Bedürfnis nach Gesellschaft, sondern auch einem auf Seiten der

familiären Pflegeperson bestehenden **Bedürfnis nach Erholung** Rechnung. Sie bietet, sich an der sozialen Betreuung beteiligend, der familiären Pflegeperson die Möglichkeit, Freizeit in die Befriedigung des Bedürfnisses nach Erholung zu investieren.

- Die Krankenschwester hat **unterstellt**: Die Entscheidung, die Beteiligung an der sozialen Betreuung zu beenden, hat **keine Belastung** der familiären Pflegeperson zur Folge. Einbußen an Möglichkeiten, das Bedürfnis nach Erholung zu stillen, lassen sich vermeiden. Eine Beteiligung des Ehemannes ist möglich. Sollten sich Einbußen an Möglichkeiten, das Bedürfnis nach Erholung zu befriedigen, wider Erwarten nicht verhindern lassen, verspürt die familiäre Pflegeperson **kein Gefühl von Belastung**.
- Die Krankenschwester hat es **unterlassen**, die eigenen Unterstellungen durch Nachfragen im Gespräch mit der familiären Pflegeperson zu prüfen. Eine derartige Unterlassung kann einerseits Folge fehlenden Zweifels an der Richtigkeit der eigenen Unterstellungen sein. Sie kann andererseits Folge der Befürchtung sein, durch Nachfragen den Wunsch nach formeller Unterstützung zu wecken und die Bitte um formelle Unterstützung zu provozieren.

Die Krankenschwester erzählt: Die familiäre Pflegeperson habe sich nicht nur mit der Entscheidung, den Fahrdienst einzustellen, einverstanden erklärt, sondern sie habe auch das künftige Verfahren geklärt. Sie habe versichert, aktiv zu werden und um Hilfe zu bitten<sup>549</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat entschieden, dem familialen Netzwerk den **Vorrang** bei der **Sicherstellung der häuslichen Pflege** einzuräumen. Sie hat die Möglichkeit gewählt, die häusliche Pflege einstweilen **ohne** Beteiligung der Pflegekräfte fortsetzen zu lassen. Sie hat die Möglichkeit verworfen, die häusliche Pflege mit sofortiger Wirkung unter Beteiligung der Pflegekräfte fortzusetzen. Denkbar ist:

- Die familiäre Pflegeperson hat die Krankenschwester nicht um sofortige Beteiligung an der häuslichen Pflege gebeten. Die Krankenschwester hat **keinen manifesten Wunsch nach** sofortiger **formeller Unterstützung** im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrgenommen. Sie hat unterstellt, dass im

---

<sup>549</sup> vgl.: ebd.: 4.

Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege einstweilen **kein Bedarf an formeller Unterstützung** besteht.

- Möglicherweise hat sie keinen Zweifel an der Richtigkeit jener Unterstellung gehabt. Möglicherweise hat sie befürchtet: Wenn sie sofortige Unterstützung anbietet, ohne um sofortige Unterstützung gebeten worden zu sein, schwächt sie die Bereitschaft des familialen Netzwerkes, sich selber zu engagieren, weckt den Wunsch nach formeller Unterstützung und gerät in Zugzwang. Sie hat keine sofortige Unterstützung angeboten.
- Die Krankenschwester hat den Anspruch gehegt: Das familiale Netzwerk soll die häusliche Pflege vorrangig selber sicherstellen. Es soll häusliche Pflege vorrangig selber leisten. Es soll Unterstützung zur Sicherstellung der häuslichen Pflege vorrangig selber organisieren. Der Wunsch nach formeller Unterstützung soll als Bitte um formelle Unterstützung manifest werden.

Die **Vorgeschichte im engeren Sinne** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: In der Folgezeit habe die Tochter zunächst weiterhin häusliche Pflege geleistet, ohne die Pflegefachkräfte zu verständigen<sup>550</sup>. Sie habe ihre Mutter „immer optimal gepflegt“<sup>551</sup>. Eines Nachts habe ihre Mutter wahrscheinlich einen erneuten Schlaganfall erlitten<sup>552</sup>. Die Tochter wollte ihren Ehemann begleiten, der „in die Kur sollte“<sup>553</sup>. Ihre Mutter sei wie im Vorjahr, als die Tochter „seit Jahren wieder das erste Mal Urlaub gemacht“<sup>554</sup> habe, zur Kurzzeitpflege im Altenheim angemeldet gewesen. Die Tochter habe den Urlaub abgesagt. Sie habe erklärt: „In dem Zustand fährt sie nicht weg, sie lässt die Mutter nicht allein“<sup>555</sup>. Sie habe das der Arbeitserleichterung dienende Krankenhausbett selber organisiert und habe anderthalb Wochen durchgehalten, die häusliche Pflege rund um die Uhr sicherzustellen, ohne die Pflegekräfte zu verständigen. Am Ende jener anderthalb Wochen sei sie „auch nervlich fertig“<sup>556</sup> gewesen. Nicht nur der Zustand der familiären Pflegeperson, sondern auch der Zustand der zu pflegenden Person habe sich „immer mehr verschlechtert“<sup>557</sup>. „Alle haben damit gerechnet, dass sie in Bälde stirbt“<sup>558</sup>.

---

<sup>550</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>551</sup> ebd.: 7.

<sup>552</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>553</sup> ebd.: 2.

<sup>554</sup> ebd.: 54.

<sup>555</sup> ebd.: 2.

<sup>556</sup> ebd.: 2.

<sup>557</sup> ebd.: 13.

<sup>558</sup> ebd.: 6.



Der Hausarzt habe deren Lebenserwartung in Tagen bemessen<sup>559</sup>. Die familiäre Pflegeperson habe sich in Anbetracht jener negativen Prognose entschieden, die häusliche Pflege bis zum Tod der zu pflegenden Person fortzusetzen. Sie habe eine Unterbringung im Krankenhaus abgelehnt. Sie habe sich in Anbetracht der eigenen Überforderung entschieden, das Personal des ambulanten Pflegedienstes zu bitten, bei der Sicherstellung der häuslichen Pflege Hilfe zu leisten<sup>560</sup>. Sie habe, dem Verfahren im Allgemeinen gemäß, zu Zwecken einer Verständigung des ambulanten Pflegedienstes mit der Stadtverwaltung Kontakt aufgenommen. Sie habe erklärt, die Pflegefachkräfte „müssten kommen“<sup>561</sup>. Wie beurteilen die Pflegekräfte jene **Bitte um formelle Unterstützung**?

- Nehmen die Pflegekräfte eine Bitte um formelle Pflege wahr, manifestiert sich für sie ein Wunsch nach formeller Pflege. Nach Auffassung der Pflegekräfte hat die Angehörige eine Bitte um formelle Pflege formuliert, der nicht nur der **Wunsch nach formeller Pflege**, sondern auch ein **Bedarf an formeller Pflege** zugrunde gelegen hat. Die Pflegekräfte erklären: Es sei in der erzählten Zeit erforderlich gewesen, die Hilfe der Pflegekräfte zu erbitten, da die zu pflegende Person „wirklich pflegebedürftig“<sup>562</sup> gewesen sei und weil sie im Sterben gelegen habe. Es sei verständlich, dass die pflegende Angehörige die Pflegekräfte in jener Situation verständigt und erklärt habe, „sie schafft es nicht mehr, sie braucht auch ein bisschen Ruhe“<sup>563</sup>.
- Nach Aussage der Krankenschwester ist die Angehörige verfahren, wie Angehörige in Prozessen der Bedarfsbearbeitung normalerweise verfahren: Sie räumen der informellen Pflege durch Familienmitglieder den **Vorrang** vor einer formellen Pflege durch Personal des ambulanten Pflegedienstes ein. Wenn sie keine Möglichkeit sehen, den Pflegebedarf durch informelle Pflege zu decken, dann bitten sie das Personal des ambulanten Pflegedienstes, formelle Pflege zu leisten. Die Krankenschwester erklärt: In der Regel bemühen die Angehörigen sich, wie im Einzelfall geschehen, die häusliche Pflege selber zu gewährleisten. Wenn der Zustand sich merklich verschlechtert und die Angehörigen die häusliche Pflege nicht länger selber sicherstellen können, dann verständigen sie

---

<sup>559</sup> vgl.: EPI 1.2: 5.

<sup>560</sup> vgl.: EPI 1 A1: 33f; EPI 1.2: 5.

<sup>561</sup> EPI 1 A1: 2, 12.

<sup>562</sup> EPI 1 A2: 6.

<sup>563</sup> EPI 1 A1: 6.

nach Angaben der Krankenschwester normalerweise das Personal des ambulanten Pflegedienstes<sup>564</sup>.

In der Erzählzeit legen die Pflegekräfte sich nicht fest, ob sie extremen Unterstützungsbedarf auf Seiten einer zu pflegenden Person und auf Seiten der Familienangehörigen als zwar normale, aber im Allgemeinen eher ungünstige Bedingung betrachten, mit der Fallauswahl und Fallbearbeitung zu beginnen. Wie ist jene Bitte um formelle Unterstützung in der erzählten Zeit bearbeitet worden? Das Verwaltungspersonal hat nach Aussage der Krankenschwester die mündliche Mitteilung wahrgenommen, hat eine schriftliche Mitteilung verfasst und hat die Pflegefachkraft verständigt. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe dem für sie bestimmten „Zettel“<sup>565</sup> entnommen, dass die pflegende Angehörige um formelle Unterstützung bei der häuslichen Pflege gebeten habe. Erstens habe es geheißen: Die zu pflegende Person sei inkontinent, deren Bett sei durchnässt und frisch zu beziehen<sup>566</sup>. Zweitens habe es geheißen: Die zu pflegende Person sei in Maße pflegedürftig, dass die sie pflegende Angehörige überfordert sei und die häusliche Pflege nicht mehr alleine sicherstellen kann<sup>567</sup>, sondern die Hilfe der Pflegekräfte benötigt. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe das Personal der Stadtverwaltung gefragt, ob die Angehörige um gleich zu gewährende Hilfe gebeten habe. Nachdem ihr erklärt worden sei, dass dies nicht gesagt worden sei, habe sie dem Personal der Stadtverwaltung die Entscheidung, den Erstbesuch nicht zu vertagen, eigens mit den Worten erläutert: „Naja, wenn es geheißen habe, das Bett sei nass, kann sie es nicht unterlassen, unverzüglich Hilfe zu leisten“<sup>568</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat eine sich ihr bietende Gelegenheit genutzt, das Verwaltungspersonal aufzuklären. Sie hat dem Verwaltungspersonal Einblick in den Prozess der eigenen Entscheidungsfindung gewährt: Ist die Durchführung des Erstbesuches im Einzelfall unaufschiebbar?

- Die Krankenschwester verdeutlicht: Sie fällt die Entscheidung über die Unaufschiebbarkeit eines Erstbesuches einerseits unter Berücksichtigung der Entscheidungshilfe, die das Verwaltungspersonal leistet, andererseits unter Anwendung von Regeln, die der Vermeidung folgenschwerer Fehlentscheidungen dienen. Die Entscheidung über die Unaufschiebbarkeit eines Erstbesuches ist generell fehleranfällig. Nicht alle Fehler sind jedoch

---

<sup>564</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>565</sup> ebd.: 12,13.

<sup>566</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>567</sup> vgl.: ebd.: 12, 13.

<sup>568</sup> ebd.: 13.

gleichermaßen folgenschwer. Im Zweifelsfall ist der Fehler, irrtümlich den Notfall zu unterstellen, dem Fehler vorzuziehen, irrtümlich den Notfall zu verwerfen. Es besteht (begründeter) Verdacht auf einen Notfall, wenn wie im Falle des eingesenkten Bettes ein Bedarf an formeller Pflege im Rahmen einer Bitte um formelle Unterstützung glaubhaft gemacht wird und wenn die Bedarfsdeckung sich nicht aufschieben lässt, ohne Pflegestandards zu verletzen.

- Die Aktion des familialen Netzwerkes besteht in einer Bitte um formelle Unterstützung. Das familiale Netzwerk manifestiert, um formelle Unterstützung bittend, den Wunsch nach formeller Unterstützung. Auf jene Aktion des familialen Netzwerkes hat eine Reaktion der Pflegefachkraft zu erfolgen. Sie besteht zumindest in der Durchführung eines Erstbesuches. Die Pflegefachkraft wählt jenen Kontakt von Angesicht zu Angesicht in der fremden Häuslichkeit, um zu prüfen: Besteht Unterstützungsbedarf? Lässt sich der Bedarf an Unterstützung durch informelle Unterstützung decken? Bedarf es der formellen Unterstützung? Liegt ein Notfall vor? Ist die Bearbeitung des Bedarfs an formeller Unterstützung unaufschiebbar?
- Die Aktion des familialen Netzwerkes, d.h. die Bitte um formelle Unterstützung, und die Reaktion der Pflegefachkraft, d.h. die Durchführung des Erstbesuches, werden im Normalfall durch das Engagement des Verwaltungspersonals, d.h. durch die Verständigung der Pflegefachkraft, miteinander verknüpft. Die Pflegefachkraft nimmt regelmäßig mit dem Verwaltungspersonal Kontakt auf. Das Verwaltungspersonal kann jene sich regelmäßig bietenden Gelegenheiten für eine Verständigung planmäßiger Art nutzen. Für eine Verständigung außerplanmäßiger Art sind Gelegenheiten zu schaffen. Besteht (begründeter) Verdacht auf einen Notfall, dann muss unverzüglich reagiert werden, dann ist weder die Verständigung der Pflegekraft, noch die Durchführung des Erstbesuches aufzuschieben.
- Ohne über eine Ausbildung in der Pflege zu verfügen, ist das Verwaltungspersonal gefordert, im Kontakt mit dem familialen Netzwerk, nach Indizien zu suchen: Besteht der (begründete) Verdacht auf einen Notfall? Indiziensuche betreibend, bereitet das Verwaltungspersonal die eigene Entscheidung vor: Lässt sich die Verständigung der Pflegekraft aufschieben? Indiziensuche betreibend, leistet es Entscheidungshilfe für die Pflegekraft: Lässt

sich die Durchführung des Erstbesuches aufschieben? Das Verwaltungspersonal muss instruiert werden: Ihm ist regelmäßig Wissen über Indizien zu vermitteln, die eine Pflegekraft auf einen Notfall schließen lassen. Es ist mit Regelmäßigkeit anzuhalten, jenes Wissen bei der Indiziensuche anzuwenden.

### 1.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuchs

Die Krankenschwester schildert: Zur Fallübernahme entschieden, habe sie den **Erstbesuch** „postwendend“<sup>569</sup> durchgeführt. Die zu pflegende Person habe sich nicht nur in einem „schlechten Zustand“<sup>570</sup>, sondern habe sich auch in einem extrem verschlechterten „**Zustand**“<sup>571</sup> befunden. Pflegebedürftig, bettlägerig und im Sterben liegend, sei sie „total verfallen“<sup>572</sup> gewesen. Sowohl der Körper als auch der Geist seien vom Verfall gekennzeichnet gewesen<sup>573</sup>. Die Krankenschwester betont, zwar auf eine Zustandsverschlechterung, nicht aber auf eine Zustandsverschlechterung jenes extremen Ausmaßes gefasst gewesen zu sein: Aufgrund des Wissens um den vor Jahren erlittenen Schlaganfall<sup>574</sup> habe sie gedacht, sie werde einen pflegebedürftigen Menschen vorfinden<sup>575</sup>, der wahrscheinlich infolge eines neuerlichen Schlaganfalles bettlägerig geworden sei. Jenen extrem verschlechterten Zustand habe sie nicht erwartet<sup>576</sup>. In der Erzählzeit das Urteil vom schlechten<sup>577</sup> und extrem verschlechterten Zustand<sup>578</sup> einschränkend, erklärt sie: Die zu pflegende Person habe sich in der erzählten Zeit in puncto Pflege in einem „guten Zustand“<sup>579</sup> befunden. Deren Haut habe „keine Defekte“<sup>580</sup> aufgewiesen. Die Krankenschwester hat im Kontext des Erstbesuches Gelegenheit gehabt, nicht nur den Zustand der zu pflegenden Person, sondern auch den Zustand der familiären Pflegeperson zu beurteilen: Die Krankenschwester hat vermutlich nicht nur die Bereitschaft und Fähigkeit<sup>581</sup> wahrgenommen, häusliche Pflege zu leisten, sondern hat vermutlich auch die Überforderung und Angst registriert, die Mutter zu verlieren<sup>582</sup>.

---

<sup>569</sup> ebd.: 2.

<sup>570</sup> ebd.: 5.

<sup>571</sup> ebd.: 5; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>572</sup> ebd.: 13.

<sup>573</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>574</sup> vgl.: ebd.: 17, 46.

<sup>575</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>576</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>577</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>578</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>579</sup> ebd.: 13.

<sup>580</sup> ebd.: 7.

<sup>581</sup> vgl.: ebd.: 7, 13, 32, 33.

<sup>582</sup> vgl.: ebd.: 15.

Wie ist die Krankenschwester im Prozess der Zielbestimmung verfahren? Das generelle **Verfahren** beschreibend, erklärt die Krankenschwester: Das Pflegepersonal verschaffe sich im Rahmen seines Erstbesuches zunächst einen Eindruck von dem Zustand, in dem sich die zu pflegende Person und die familiäre Pflegeperson befinden. Es beginne mit der Zielbestimmung, nachdem es erste Eindrücke gewonnen habe<sup>583</sup>. Jenes generelle Verfahren ist vermutlich auch im Einzelfall zur Anwendung gekommen. Zu welchen **ersten Ergebnissen** ist die Krankenschwester gelangt? Die Krankenschwester verdeutlicht, im Einzelfall Ziele gewählt zu haben, die sie, bedingt durch die Ausbildung zur Pflegefachkraft und bedingt durch die Organisation der Pflege, als selbstverständlich betrachtet. Es sind Ziele, die sich einerseits auf die zu pflegende Person und andererseits auf die pflegenden Personen beziehen. Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Sie hat im Rahmen des Erstbesuches erstens das Ziel gewählt, der Entstehung von Hautdefekten am „Po“<sup>584</sup> der zu pflegenden Person vorzubeugen. Zweitens hat sie sich im Rahmen des Erstbesuches von dem Ziel leiten lassen, sowohl den Pflegekräften als auch der pflegenden Angehörigen durch den Einsatz technischer Hilfsmittel Entlastung zu verschaffen<sup>585</sup>. Drittens hat sie das Ziel verfolgt, der pflegenden Angehörigen durch Zusicherung der morgen wieder erwartbaren Hilfe bei der Pflege ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln<sup>586</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist nicht zu entnehmen, ob sie die gewählten Ziele im Gespräch mit der familiären Pflegeperson eigens deklariert hat.

Die Aufmerksamkeit auf die **Aufgaben** und deren **Verteilung** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Zum einen habe sie im Rahmen des Erstbesuches erste Hilfe geleistet<sup>587</sup>. Das „wirklich durchnässte Bett“<sup>588</sup> sei abgezogen worden und die zu pflegende Person sei im Bett gewaschen worden<sup>589</sup>. Zum anderen habe sie erste Vereinbarungen über die künftige Art und Weise der Sicherstellung der häuslichen Pflege getroffen. Erstens habe sie gewohnheitsgemäß geprüft, ob jene technischen Hilfsmittel verfügbar seien, welche der Arbeitserleichterung im Pflegefall dienen<sup>590</sup>. Sie habe es begrüßt, dass ein Krankenhausbett zur Verfügung gestanden habe. Sie habe geraten, eine Gummiunterlage anzuschaffen. Die pflegende Angehörige habe angeboten, sich um deren Beschaffung zu kümmern<sup>591</sup>. Zweitens habe sie der familiären Pflegeperson zugesichert, dass sich das Pflegepersonal auch künftig mit

---

<sup>583</sup> vgl.: ebd.: 60.

<sup>584</sup> ebd.: 61.

<sup>585</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>586</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>587</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>588</sup> ebd.: 13.

<sup>589</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>590</sup> vgl.: ebd.: 61.

<sup>591</sup> vgl.: ebd.: 18.

Pflegeeinsätzen an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen werde. Die Angehörige ist vermutlich mit dem angebotenen formellen Pflegeprogramm in seiner Gesamtheit und nicht nur mit ausgewählten Einzelheiten einverstanden gewesen<sup>592</sup>.

Die Krankenschwester schildert: Die Anzahl der **Einsatztage pro Woche** betreffend, habe sie einerseits sofort erkannt, dass es angezeigt sei, jeden Morgen Pflege zu leisten<sup>593</sup>. Andererseits habe sie in ihrem „dusseligen Kopf auch gar nicht daran gedacht“<sup>594</sup>, die familiäre Pflegeperson zu informieren, dass Pflegeeinsätze am Wochenende nur im Notfall übernommen werden. Die **Anzahl der Einsätze pro Einsatztag** betreffend, sei für sie von Anfang an klar gewesen, dass es angezeigt sei, jeweils einen Einsatz durchzuführen. Eine Entscheidung **für einen** Einsatz pro Einsatztag ist eine Entscheidung **wider mehrere Einsätze** pro Einsatztag<sup>595</sup>.

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat eine Überforderung der familiären Pflegeperson wahrgenommen. Sie ist zu der Auffassung gelangt, dass ein Ausfall der familiären Pflegeperson zu befürchten ist. Sie ist sich einerseits die Notwendigkeit bewusst geworden, die pflegende Angehörige zu entlasten, und hat andererseits um die Begrenztheit der organisatorischen Möglichkeiten gewusst, der pflegenden Angehörigen Entlastung zu bieten.
- Die Pflegekräfte können den Pflegeeinsatz nutzen, um pflegende Angehörige auf unterschiedliche Weise zu unterstützen. Denkbar ist: Die Pflegekräfte leisten formelle Pflege und stellen die familiäre Pflegeperson für die Dauer des Pflegeeinsatzes von informeller Pflege frei. Denkbar ist ferner: Für die Dauer des Pflegeeinsatzes verknüpfen sie die Pflege der pflegebedürftigen Person mit der Beratung und Betreuung der pflegenden Angehörigen.
- Wie ist die Krankenschwester im Entscheidungsprozess, d.h. bei der Entscheidung über die Anzahl der Einsatztage pro Woche und bei der Entscheidung über die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag, verfahren? Anzunehmen ist: Sie hat einerseits den Wunsch nach formeller Pflege unterstellt und hat andererseits den Bedarf an formeller Pflege geprüft. Sie hat sowohl fachlichen Notwendigkeiten formeller Pflege, als auch organisatorischen Möglichkeiten formeller Pflege Rechnung getragen.

---

<sup>592</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>593</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>594</sup> ebd.: 19.

<sup>595</sup> vgl.: ebd.: 17.

Die Krankenschwester erzählt: In Bezug auf die Aufgaben pro Einsatz sei evident gewesen, dass die zu pflegende Person gewaschen werden muss, da sie auch inkontinent gewesen sei<sup>596</sup>. Sind Vereinbarungen über die Anzahl und Zusammensetzung der **Hilfskräfte pro Einsatz** getroffen worden? Ist vereinbart worden, Pflegeeinsätze mit einfacher Besetzung oder mit doppelter Besetzung durchzuführen? Bei einfacher Besetzung wird ein Belegschaftsmitglied eingesetzt. Bei doppelter Besetzung sind hingegen zwei Belegschaftsmitglieder im Einsatz. Ist vereinbart worden, die familiäre Pflegeperson als Zweitkraft zu benutzen? Pflegeeinsätze mit einfacher Besetzung sind möglich in Fällen, in denen es keiner zweiten Hilfskraft bedarf, sowie in Fällen, in denen es zwar einer Zweitkraft bedarf, in denen aber Angehörige die Funktion der Zweitkraft übernehmen. Pflegeeinsätze mit doppelter Besetzung sind notwendig in Fällen, in denen es einer zweiten Hilfskraft bedarf, in denen Angehörige die Funktion der Zweitkraft jedoch nicht übernehmen (können). Die Krankenschwester erzählt: Sie habe der pflegenden Angehörigen mitgeteilt, dass sie die definitive Entscheidung über die Anzahl des pro Pflegeeinsatz einzuplanenden Personals aufschiebe, dass sich erst im Rahmen einer Probe aufs Exempel erweisen werde, ob Pflegeeinsätze mit einfacher oder doppelter Besetzung angezeigt seien. Anschließend habe die familiäre Pflegeperson ihre Mitarbeit in der Zeit während der Pflegeeinsätze angeboten. Die Angehörige habe erklärt, dass sie den Pflegekräften hilft und dass Pflegeeinsätze mit einfacher Besetzung ausreichen<sup>597</sup>. Aus Sicht der Krankenschwester verkörpert die pflegende Angehörige in der Gesamtheit der Angehörigen, denen sie im Kontext der ambulanten Pflege begegnet, den positiven Ausnahmefall. Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: Es ist eine Seltenheit, dass Angehörige auf freiwilliger Basis anbieten, das Personal in der Zeit während seiner Pflegeeinsätze zu unterstützen. Die Pflegekräfte müssen die Angehörigen im Regelfall um Unterstützung bitten<sup>598</sup> oder sie müssen die Arbeit alleine verrichten, weil die Angehörigen „sich gar nicht blicken lassen“<sup>599</sup>.

---

<sup>596</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>597</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>598</sup> vgl.: ebd.: 81.

<sup>599</sup> ebd.: 82.

## 1.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

### 1.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext

Anzunehmen ist: Die **pflegende Angehörige** ist unter den Angehörigen der zu pflegenden Person die für das Pflegepersonal zentrale Interaktionspartnerin gewesen. Im Rahmen der Pflegeeinsätze hat sich ihnen regelmäßig die Gelegenheit geboten, Kontakt von Angesicht zu Angesicht herzustellen, zu kommunizieren und Arbeiten gemeinsam zu verrichten. Von der Krankenpflegehelferin unwidersprochen, erklärt die Krankenschwester: Nicht nur die seitens der familiären Pflegeperson geleistete Pflege, sondern auch das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und familiärer Pflegeperson sei optimal. Das Pflegepersonal erlebe einen positiven Ausnahmefall. Er stelle zum Bedauern des Pflegepersonals nicht den Normalfall dar. „Das findet man zu selten“<sup>600</sup>.

### 1.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen

Die Pflegekräfte haben im Rahmen der Pflegeeinsätze vermutlich regelmäßig Gelegenheit gehabt, sich sowohl ein Urteil über den Zustand ausgewählter Familienmitglieder, als auch ein Urteil über ausgewählte Familienbeziehungen zu bilden, indem sie miteinander interagierende Familienmitglieder beobachten und indem sie mit Familienmitgliedern kommunizieren. Wie beurteilen die Pflegekräfte den **Zustand der zu pflegenden Person**? Die Pflegekräfte berichten: Die Verfassung der Seniorin habe sich im Verlaufe der Zeit wider Erwarten verbessert<sup>601</sup>. Die Phase der schwindenden Lebenskraft<sup>602</sup> sei unerwarteter in eine Phase wiedererwachender Lebensgeister umgeschlagen<sup>603</sup>. Es seien Verbesserungen sowohl in der **körperlichen** Verfassung<sup>604</sup>, als auch in der **geistigen** Verfassung<sup>605</sup> wahrnehmbar geworden, wenngleich verbliebene Beeinträchtigungen unübersehbar gewesen seien. Die Aufmerksamkeit auf die körperlichen Verfassung richtend, erklären die Pflegekräfte: Nachdem die Seniorin in der Anfangszeit bewegungslos im Bett gelegen habe, habe sie im Verlaufe der Zeit

---

<sup>600</sup> ebd.: 82.

<sup>601</sup> vgl.: ebd.: 5, 52.

<sup>602</sup> vgl.: EPI 1 A1: 5, 15, 16, 24, 48; EPI 1 A2: 24, 31.

<sup>603</sup> vgl.: EPI 1 A1: 14, 15, 19, 67; EPI 1 A2: 15.

<sup>604</sup> vgl.: EPI 1 A1: 15.

<sup>605</sup> vgl.: ebd.: 67.



begonnen, sich zu bewegen<sup>606</sup>. Im Verlaufe der Zeit habe sich gezeigt: Die Seniorin habe „mal zwei Schritte“<sup>607</sup> mit dem gelähmten Bein gehen können. Aber sie habe keine „Greifbewegungen“<sup>608</sup> mit der gelähmten Hand machen können. Die Aufmerksamkeit auf die geistige Verfassung lenkend, erklären die Pflegekräfte: Nachdem die Seniorin anfangs „kein Wort und keinen Piep“<sup>609</sup> habe verlauten lassen, habe sie im Verlaufe der Zeit angefangen, sich in rudimentärer Weise an Gesprächen zu beteiligen<sup>610</sup>. Im Zuge jener rudimentären Gesprächsbeteiligung habe sich zwar das Langzeitgedächtnis als intakt erwiesen, aber Defekte des Kurzzeitgedächtnisses seien wahrnehmbar geworden<sup>611</sup>.

Die Krankenschwester nimmt einen von diversen Erkrankungen und Beschwerden gezeichneten Körper wahr. Sie berichtet: Die Seniorin habe an Inkontinenz und an Schlaganfallfolgen gelitten<sup>612</sup>. Sie habe „ein schwaches Herz“<sup>613</sup> und einen höheren Blutdruck gehabt<sup>614</sup>. Sie habe „des nachts Anfälle“<sup>615</sup> erlitten und sei in einen „Zustand der Erregung“<sup>616</sup> geraten. Sie habe an einer akuten Ohrspeicheldrüsenentzündung<sup>617</sup> und an einer chronischen Darmträgheit gelitten<sup>618</sup>. Sie sei in der Anfangszeit, nicht aber in der Nachfolgezeit gefordert gewesen, das Bett „ganz fest zu hüten“<sup>619</sup>. Die **seelische** Verfassung der Seniorin sei weder durch soziale Isolation, noch durch Vereinsamung<sup>620</sup>, noch durch fehlenden Lebenswillen beeinträchtigt gewesen<sup>621</sup>.

Die Krankenschwester beurteilt den **Zustand der familiären Pflegeperson** im Kontext einer „Jahre währenden“<sup>622</sup>, „Tag und Nacht“<sup>623</sup> umfassenden häuslichen Pflege, in deren Folge Bedürfnisse nach einem Privatleben und nach Erholung beschnitten werden<sup>624</sup>. Sie erklärt: Die familiäre Pflegeperson sei im Kontext der häuslichen Pflege einer extrem hohen Belastung sowohl körperlicher als auch seelischer Art ausgesetzt<sup>625</sup>. Jene Belastung schlage phasenweise in Überforderung um<sup>626</sup>. Die pflegende Angehörige

---

<sup>606</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>607</sup> EPI 1 A2: 16.

<sup>608</sup> EPI 1 A1: 44.

<sup>609</sup> EPI 1 A2: 31.

<sup>610</sup> vgl.: EPI 1 A1: 8, 12, 31, EPI 1 A2: 15, 16.

<sup>611</sup> vgl.: EPI 1 A1: 42.

<sup>612</sup> vgl.: ebd.: 12, 18.

<sup>613</sup> ebd.: 52.

<sup>614</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>615</sup> ebd.: 6.

<sup>616</sup> ebd.: 27.

<sup>617</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>618</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>619</sup> EPI 1 A1: 5, 39; EPI 1 A2: 31.

<sup>620</sup> vgl.: EPI 1 A1: 3f.

<sup>621</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>622</sup> ebd.: 26.

<sup>623</sup> ebd.: 6.

<sup>624</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>625</sup> vgl.: ebd.: 26, 68.

<sup>626</sup> vgl.: ebd.: 6.

habe **trotz** extrem hoher Belastung und trotz phasenweiser Überforderung weder die Bereitschaft aufgekündigt, die häusliche Pflege bis zum Tod der zu pflegenden Person fortzusetzen<sup>627</sup>, noch habe sie die Bereitschaft aufgekündigt, ihr „eigenes Privatleben“<sup>628</sup> den Anforderungen der häuslichen Pflege unterzuordnen<sup>629</sup>.

Wie beurteilen die Pflegekräfte den **Zustand der familiären Beziehungen**? Die Krankenschwester vertritt in der Erzählzeit die Auffassung, dass das Familienleben zwar potentiell, aber nicht faktisch von Konflikten geprägt ist. Einerseits sieht sie sowohl das Verhältnis zwischen den Eheleuten, als auch das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter vor Belastungsproben gestellt, die im Regelfall Konflikte erzeugen<sup>630</sup>, und andererseits betont sie, einen Ausnahmefall von Einigkeit zu erleben. Die Krankenpflegehelferin erhebt keinen Widerspruch<sup>631</sup>. Wie verfährt die Krankenschwester bei der Besprechung des **Verhältnisses zwischen den Eheleuten**? Erstens beschreibt sie Anforderungen häuslicher Pflege, welche die familiäre Pflegeperson ihres Wissens jahrelang zu bewältigen gefordert gewesen ist: immer parat sein müssen, immer helfen müssen, keinen Urlaub haben. Zweitens lässt sie jene Beschreibung in die Feststellung münden, dass mit den Anforderungen häuslicher Pflege eine Belastung der familiären Pflegeperson verbunden ist. Drittens stellt sie die Vermutung auf, dass das Privatleben der familiären Pflegeperson unter den Anforderungen häuslicher Pflege „gelitten hat“<sup>632</sup>. Viertens erklärt sie: „Wenn die Tochter nicht so einen guten Partner hätte, würde das gar nicht so optimal ablaufen“<sup>633</sup>. Die Krankenschwester weiß nicht nur um das eigene Privatleben der familiären Pflegeperson, sondern weiß auch um deren gemeinsames Privatleben mit dem Partner. Sie sieht jenes gemeinsame Privatleben durch die Anforderungen häuslicher Pflege vor eine konfliktträchtige Belastungsprobe gestellt. Sie schreibt es dem Partner der familiären Pflegeperson zu, dass sich jene Belastungsprobe ohne einen für sie als Pflegekraft wahrnehmbaren Konflikt bewältigen lässt<sup>634</sup>.

Wie verfährt die Krankenschwester bei der Besprechung des **Verhältnisses zwischen Mutter und Tochter**? Die Krankenschwester erklärt: Die Mutter sei „eine sehr resolute“<sup>635</sup> Person. Sie habe es nicht nur in der Vergangenheit verstanden, ihre Tochter zu dominieren, sondern verstehe es auch in der Gegenwart, ihre Tochter weiterhin zu dominieren<sup>636</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: „Die alte Frau war zwar immer eine

---

<sup>627</sup> vgl.: ebd.: 53, 79.

<sup>628</sup> ebd.: 26.

<sup>629</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>630</sup> vgl.: ebd.: 26, 69.

<sup>631</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>632</sup> ebd.: 26.

<sup>633</sup> ebd.: 26f.

<sup>634</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>635</sup> EPI 1.2: 2.

<sup>636</sup> vgl.: EPI 1.2: 2.

herrische Person, aber trotzdem hat die Tochter ein gutes Verhältnis zu ihrer Mutter<sup>637</sup>. Die Krankenschwester bringt in der Erzählzeit zum Ausdruck, dass sie zwar **im Allgemeinen** die Beziehung zwischen einer zu pflegenden Person und einer familiären Pflegeperson vor eine Belastungsprobe gestellt sieht, die Konflikte erwarten lässt, wenn sich die zu pflegende Person durch eine herrische Art auszeichnet, dass sie aber **im Besonderen** die herrische Art der Mutter nicht mit faktischen Konflikten im Verhältnis zwischen Mutter und Tochter verknüpft sieht, sondern wider Erwarten ein gutes Verhältnis erlebt<sup>638</sup>. Jene Familienbeziehung besprechend, verweist die Krankenschwester einerseits auf **Wertvorstellungen**, die sie bezüglich der Gestaltung von Familienbeziehungen hat, andererseits auf die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten, jenen Wertvorstellungen im beruflichen Kontext Geltung zu verschaffen.

- Nach Aussage der Krankenschwester hat jene Tochter stets erklärt: Ihre Mutter hat „die ganzen Jahre geschuftet“<sup>639</sup>, um die Kinder zu versorgen, und benötigt angesichts ihrer Hilfsbedürftigkeit nunmehr umgekehrt die Hilfe der Kinder. Nach Aussage der Krankenschwester hat jene Tochter eine Haltung, die sie bei Kindern vielfach vermisst<sup>640</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester schätzt **innerfamiliäre Solidarität**. Sie hält es vermutlich für selbstverständlich, wenn Kinder als **Ausgleich** für jene Unterstützung, die sie von ihren Eltern erhalten haben, ihren Eltern Unterstützung gewähren, wenn diese im Alter unterstützungsbedürftig sind. Betrachtet die Krankenschwester die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung oder speziell die Unterstützung bei der häuslichen Pflege, die Beteiligung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses oder die Beteiligung an der Produktion von häuslichen Pflegeleistungen als selbstverständlichen Ausgleich?
- Die Krankenschwester weiß: Pflegende Angehörige haben Bedürfnisse nach einem Privatleben<sup>641</sup> und nach Erholung<sup>642</sup>. Um jene Bedürfnisse zu befriedigen, brauchen sie Spielraum. Gewähren pflegebedürftige Personen pflegenden Angehörigen keinen Spielraum, gefährden sie die körperliche und seelische Gesundheit der Angehörigen und somit die Sicherstellung der häuslichen Pflege. Die Krankenschwester schätzt vermutlich eine seitens pflegebedürftiger

---

<sup>637</sup> EPI 1 A1: 69.

<sup>638</sup> vgl.: EPI 1 A1: 69.

<sup>639</sup> ebd.: 79.

<sup>640</sup> vgl.: ebd.: 79.

<sup>641</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>642</sup> vgl.: EPI 1.2: 2f.

Personen praktizierte **Rücksichtnahme** auf Bedürfnisse der sie pflegenden Angehörigen. Sie hält es vermutlich für selbstverständlich, wenn pflegebedürftige Personen den sie pflegenden Angehörigen „**Spielraum**“<sup>643</sup> zur Befriedigung von Bedürfnissen nach Selbstverwirklichung und Erholung gewähren. Zu vermuten ist ferner: Die Krankenschwester hat im Einzelfall jene Rücksichtnahme von Seiten der pflegebedürftigen Seniorin phasenweise vermisst. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe der pflegenden Tochter geraten, sich Spielraum zu verschaffen, und die pflegebedürftige Mutter habe angefangen, der pflegenden Tochter Spielraum zu gewähren<sup>644</sup>.

- Die Krankenschwester empfindet nach eigener Aussage „Frust“<sup>645</sup>, wenn sie erlebt, dass Angehörige es bei der Behandlung älterer Familienmitglieder an Herzlichkeit fehlen lassen. Sie schätzt vermutlich eine seitens der Angehörigen praktizierte **Rücksichtnahme** auf Bedürfnisse älterer Familienmitglieder nach sozialer Bindung und sozialer Wertschätzung. Sie betrachtet es vermutlich als Selbstverständlichkeit, wenn Angehörige ältere Familienmitglieder mit „**Herzlichkeit**“<sup>646</sup> behandeln. Sie verdeutlicht: Sie ist sich bewusst, dass sie gefordert sein kann, berufsmäßig Pflege in Fällen zu leisten, in denen Angehörige, anders als im Einzelfall<sup>647</sup>, bei der Behandlung älterer Familienmitglieder Herzlichkeit vermissen lassen. Sie ist der Ansicht: In solchen Fällen ist es aussichtslos, den Versuch zu unternehmen, die Angehörigen zu beeinflussen, die Art und Weise zu korrigieren, ältere Familienmitglieder zu behandeln. Sie erklärt: Wenn zwischen Familienmitgliedern bereits in Phasen **ohne** Komplikation durch Krankheit kein gutes Verhältnis bestanden hat, dann kann man auch nicht erwarten, dass sich in Phasen **mit** Komplikation durch Krankheit ein gutes Verhältnis aufbauen lässt und dass die Angehörigen die erkrankte ältere Person „mit einer Wahnsinnsliebe“<sup>648</sup> behandeln.

Die Krankenschwester reflektiert über die Folgen, die eine konfliktfreie Familienbeziehung für den Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege hat. Sie nimmt nicht eigens auf die Situation der zu pflegenden Person und auf deren Chance Bezug, bis zum Tod in der Häuslichkeit gepflegt zu werden. Sie bezieht sich vielmehr auf

---

<sup>643</sup> EPI 1.2.: 2; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>644</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>645</sup> EPI 1: A1: 71.

<sup>646</sup> ebd.: Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>647</sup> vgl.: ebd.: 70.

<sup>648</sup> ebd.: 69.

die Situation des Pflegepersonals. Sie betrachtet die Konfliktfreiheit jener besonderen Familienbeziehung als günstige Bedingung für die Arbeit in der ambulanten Pflege. Sie betont: Dann werde die Entwicklung eines Arbeitsklimas gefördert, das viel familiärer als gewöhnlich sei, dass es der Pflegekraft ermögliche, sich nicht lediglich als berufsmäßig engagierte Hilfskraft zu erleben, sondern sich „in den Kreis der Familie aufgenommen“<sup>649</sup> zu fühlen.

### 1.2.2.3. Die Formulierung von Zielsetzung

Die Krankenschwester beschreibt das generelle Verfahren im Prozess der Zielbestimmung. Sie erklärt: Im Anschluss an den Erstbesuch führe das Pflegepersonal eine Fallbesprechung durch. Jene Fallbesprechung finde unter Ausschluss der in ihrem Zustand begutachteten Personen statt. Im Rahmen jener Fallbesprechung gleiche das Pflegepersonal seine ersten Eindrücke ab und verständige sich auf realistisch erscheinende Ziele. Im Rahmen der nachfolgenden Pflegeeinsätze wird versucht, die gewählten Ziele „in die Tat umzusetzen“<sup>650</sup>. Wählt die Krankenschwester ausschließlich die Interaktion zwischen den Pflegekräften als Kontext für Zieldeklarationen? Vermeidet die Krankenschwester es, sich in Interaktionen mit zu pflegenden Personen und in Interaktionen mit (pflegenden) Angehörigen auf Zielsetzungen festzulegen?

Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat in der Zeit nach dem Erstbesuch Zielen Aufmerksamkeit geschenkt, die auf **die zu pflegende Person** bezogen gewesen sind. Nach Darstellung der Krankenschwester ist es das erklärte Ziel der familiären Pflegeperson gewesen, der zu pflegenden Person ein Sterben in der Häuslichkeit zu ermöglichen und die häusliche Pflege bis zu deren Tod sicherzustellen. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat sich jener Zielsetzung der familiären Pflegeperson angeschlossen<sup>651</sup>. Die Aufmerksamkeit auf den Körper der zu pflegenden Person richtend, erklärt die Krankenschwester in der Erzählzeit: Sie sei darauf bedacht gewesen, den **körperlichen Zustand** zu wahren und eine Zustandsverschlimmerung zu vermeiden. Es sei das erste Ziel gewesen, einer Entstehung von Defekten am Po der zu pflegenden Person vorzubeugen. Die Krankenschwester kündigt in der Erzählzeit eine Sequenz von Zielsetzungen an. Sie begründet den in der Erzählzeit angekündigten und auf die erzählte Zeit des Erstbesuches folgenden Prozess einer sukzessiven Auswahl von Zielsetzungen mit der in der erzählten Zeit des Erstbesuches für sie nicht

---

<sup>649</sup> ebd.: 38.

<sup>650</sup> ebd.: 61.

<sup>651</sup> vgl.: ebd.: 34.

absehbaren künftigen Entwicklung im Zustand der zu pflegenden Person<sup>652</sup>. Anzunehmen ist: Jener Prozess der sukzessiven Auswahl von Zielsetzungen ist einerseits ein Prozess gewesen, in dem die Krankenschwester, auf Anzeichen eines sich verbessernden körperlichen Zustands reagierend und die Aufmerksamkeit fortgesetzt auf den Körper der zu pflegenden Person konzentrierend<sup>653</sup>, das auf die Vermeidung einer Zustandsverschlimmerung gerichtete erste Ziel um das Ziel einer Zustandsverbesserung erweitert hat. Jener Prozess der sukzessiven Auswahl von Zielsetzungen ist andererseits ein Prozess gewesen, in dem die Krankenschwester sich nicht sicher gewesen ist, ob sie mit jener erweiterten Zielsetzung ein realistisches Ziel wählt. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe der familiären Pflegeperson mitgeteilt, sie werde versuchen, den körperlichen Zustand der zu pflegenden Person zu verbessern<sup>654</sup>. Die Krankenschwester hat der familiären Pflegeperson nach eigener Aussage zu verstehen gegeben, dass sie eine Verbesserung des körperlichen Zustands zwar als Ziel wählt, dass sie die Zielerreichung aber nicht garantieren kann. Sie hegt vermutlich die Befürchtung: Wenn sie ein gewähltes Ziel nicht erreicht und es im Vorfeld unterlassen hat, Angehörige aufzuklären, dass sie keine Garantie für die Zielerreichung übernehmen kann, dann ist der Konflikt mit den Angehörigen unausweichlich.

Die Krankenschwester verdeutlicht, die Verbesserung des **geistigen Zustandes** der zu pflegenden Person keineswegs als unrealistisches Ziel betrachtet zu haben<sup>655</sup>, sondern als eine für die Pflegekräfte nicht realisierbare Zielsetzung verworfen zu haben. Sie erklärt: Es sei für das Pflegepersonal nicht leistbar, Maßnahmen zur geistigen Aktivierung einer zu pflegenden Person durchzuführen, weil es nur für die Pflege zuständig sei, die auf den Körper einer zu pflegenden Person zentriert sei. Die Körperzentriertheit der Pflege lasse Maßnahmen zur geistigen Aktivierung einer zu pflegenden Person als „nebensächliche Arbeiten“<sup>656</sup> erscheinen. Anzunehmen ist: Während die Pflegekräfte ausschließlich bestrebt gewesen sind, den körperlichen Zustand der zu pflegenden Person zu verbessern<sup>657</sup>, ist die familiäre Pflegeperson darauf bedacht gewesen, nicht nur den körperlichen, sondern auch den geistigen Zustand der zu pflegenden Person zu verbessern<sup>658</sup>.

Hat die Krankenschwester im Verlaufe der Zeit Zielen Aufmerksamkeit geschenkt, die auf **die pflegenden Personen** bezogen sind? Sie verdeutlicht in der Erzählzeit, dass sich mit Bezug auf zu pflegende Personen und mit Bezug auf pflegende Personen

---

<sup>652</sup> vgl.: ebd.: 61.

<sup>653</sup> vgl.: ebd.: 62.

<sup>654</sup> vgl.: ebd.: 63.

<sup>655</sup> vgl.: ebd.: 46f, 52.

<sup>656</sup> ebd.: 78.

<sup>657</sup> vgl.: ebd.: 62.

<sup>658</sup> vgl.: ebd.: 5, 44, 46.

gewählte Zielsetzungen bedingt vereinbaren lassen. Sie bekundet: Die Verbesserung des körperlichen Zustandes einer zu pflegenden Person verheiße auch den pflegenden Personen Entlastung<sup>659</sup>. Ist es in der erzählten Zeit erklärtes Ziel gewesen, den pflegenden Personen Entlastung nicht nur durch Einsatz von technischen Hilfsmitteln, sondern auch durch Einsatz von Personen zu verschaffen? Zu den pflegenden Personen zählen einerseits die Pflegekräfte und andererseits die familiäre Pflegeperson. Den Erzählungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Beide Parteien sind erstens bemüht gewesen, der Gegenpartei durch Hilfestellung punktuelle Entlastung zu bieten. Beide Parteien haben sich zweitens bemüht, die Gegenpartei über jenes Bemühen aufzuklären, punktuelle Entlastung zu bieten. Die Krankenschwester erzählt: Die pflegende Angehörige habe angeboten, in der Zeit während der Pflegeeinsätze beim Heben der zu pflegenden Person behilflich zu sein. Hilfe beim Heben anbietend, habe die pflegende Angehörige erklärt: „Sie sind noch jung, wollen Sie sich denn kaputtmachen? Wir können das doch zu zweit machen“<sup>660</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe während eines Pflegeeinsatzes, den sie neulich vor Beginn eines Wochenendes durchgeführt habe, Hilfe beim Abführen geleistet<sup>661</sup>. Die Pflegearbeit sei erledigt gewesen, als ein Malheur passiert sei. Sie habe das Malheur bearbeitet: Sie habe die Arbeit der Pflege nochmal verrichtet. Sie habe die Bearbeitung jenes Malheurs zum Anlass genommen, der familiären Pflegeperson zu erklären: „Dann haben wir es am Wochenende nicht. Und dann haben Sie keine Quälerei“<sup>662</sup>.

Die Krankenschwester begrüßt eine im Verhältnis beider Parteien realisierbare **Entlastung auf Gegenseitigkeit**. Gleichwohl ist sie sich der Gegensätzlichkeit der pflegenden Parteien bewusst. Sie verdeutlicht am Beispiel der Pflege am Wochenende: Entlastung der einen Partei kann Belastung der Gegenpartei bedeuten. In der Erzählzeit macht die Krankenschwester deutlich: Die Übernahme von Pflegeeinsätzen lässt sich als Maßnahme zur Entlastung pflegender Angehöriger auslegen. Entlastung familiärer Pflegepersonen durch Übernahme von Pflegeeinsätzen kann im Kontext des ambulanten Pflegedienstes allenfalls bedeuten, dass die Pflegekräfte punktuelle Entlastung im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten **und** organisatorischer Möglichkeiten leisten<sup>663</sup>.

Die Krankenschwester verdeutlicht, die **Notwendigkeit** zu sehen, die familiäre Pflegeperson durch einen Urlaub von der Pflege zu entlasten<sup>664</sup>, aber strukturell bedingt **keine Möglichkeit** zu haben, pflegenden Angehörigen einen Urlaub von der Pflege als

---

<sup>659</sup> vgl.: ebd.: 63.

<sup>660</sup> ebd.: 81.

<sup>661</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>662</sup> ebd.: 29.

<sup>663</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>664</sup> vgl.: ebd.: 8, 53f.

Mittel zum Zweck der Entlastung anzubieten. Die Krankenschwester erklärt: Es sei für das Personal des ambulanten Pflegedienstes „auf keinen Fall“ auf keinen Fall leistbar, familiäre Pflegepersonen dauerhaft zu vertreten. Es sei für das Personal des ambulanten Pflegedienstes unmöglich, familiären Pflegepersonen einen Wochen währenden Urlaub von der Pflege anzubieten. Es bestehe lediglich die Möglichkeit, pflegenden Angehörigen ausnahmsweise eine Stunde währende Auszeit zu bieten<sup>665</sup>. Die Krankenschwester betont: Sie sei bereit, auf der Basis einer Bitte um Vertretung<sup>666</sup> über die Möglichkeit zu entscheiden, pflegende Angehörigen stundenweise zu vertreten<sup>667</sup>.

Die Krankenschwester räumt, jenes reaktive Verfahren wählend, dem familialen Netzwerk den Vorrang ein. Sie ist der Auffassung: Das familiäre Netzwerk soll sich vorrangig engagieren. Die familiäre Pflegeperson soll vorrangig die Möglichkeit prüfen, sich durch Mitglieder des familialen Netzwerkes vertreten zu lassen<sup>668</sup>. Die familiäre Pflegeperson soll das Pflegepersonal bitten, bedarfsweise Vertretung zu leisten. Die Wahl jenes reaktiven Verfahrens beruht möglicherweise auf der Befürchtung: Wenn sie im Einzelfall Unterstützung anbietet, ohne um Unterstützung gebeten worden zu sein, dann schwächt sie die Bereitschaft des familialen Netzwerkes, sich selber zu engagieren, und weckt Wünsche nach formeller Unterstützung<sup>669</sup>. Die Wahl jenes reaktiven Verfahrens basiert möglicherweise auch auf der Befürchtung: Formelle Unterstützung in Gestalt von Vertretungseinsätzen nimmt „Überhand“<sup>670</sup>.

Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: Die Eigeninitiative, welche jene besondere familiäre Pflegeperson bei der Produktion und/oder Organisation der häuslichen Pflege zeige, „sollte man möglichst nicht wegnehmen“<sup>671</sup>. Die Krankenschwester vertritt die Auffassung: Es gilt zu vermeiden, dass ein Engagement des ambulanten Pflegedienstes eine Schwächung des familialen Engagements zur Folge hat. Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger sollen das familiäre Engagement stärken, nicht aber schwächen. Sie ist der Auffassung: Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger können nicht nur erwünschte Effekte, sondern auch unerwünschte Effekte haben. Sie können sowohl zu einer Stärkung familialen Engagements, als auch zu einer Schwächung familialen Engagements führen. Wenn Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger das familiäre Engagement schwächen, dann droht einerseits ein Belastungsanstieg auf Seiten des in der ambulanten Pflege tätigen Pflegepersonals und andererseits eine Destabilisierung der häuslichen Pflege.

---

<sup>665</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>666</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>667</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>668</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>669</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>670</sup> ebd.: 58.

<sup>671</sup> ebd.: 53.



#### 1.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensum

Aus Sicht der Krankenschwester hat auf Seiten der **zu pflegenden Person** ungeachtet der im Verlaufe der Zeit eingetretenen Zustandsverbesserung ein weitgehend konstant bleibender, extrem hoher Unterstützungsbedarf bestanden. In der Erzählzeit spezifiziert die Krankenschwester sowohl **Bedarf an medizinischer Behandlung**, als auch **Bedarf an Pflege**. Sie berichtet: Diverse Erkrankungen und Beschwerden seien medikamentös zu behandeln gewesen<sup>672</sup>. Die zu pflegende Person sei Tag und Nacht aufsichtsbedürftig gewesen<sup>673</sup> und habe der Hilfe zur Alltagsbewältigung bedurft<sup>674</sup>. Allein die Bettlägerigkeit habe sich als Dauerzustand im Verlaufe der Zeit überwinden lassen<sup>675</sup>. Wenn Bettlägerigkeit als Dauerzustand überwunden wird, dann kommt es zu einem punktuell sinkenden Bedarf an Pflege. Die Krankenschwester bedient sich bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit der Strategie des Fallvergleichs. Sie erklärt: Die Seniorin sei pflegebedürftig „wie ein kleines Kind“<sup>676</sup> gewesen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Es hat Bedarf an formeller Pflege bestanden. In der Anfangszeit hat sich auch am Wochenende Bedarf an formeller Pflege unterstellen lassen<sup>677</sup>.

In der Erzählzeit attestiert die Krankenschwester der **familiären Pflegeperson** Unterstützungsbedarf. Sie sieht sich in der Erzählzeit weder veranlasst, der Auffassung der Krankenpflegehelferin zu widersprechen, dass die familiäre Pflegeperson eines Urlaubs von der Pflege bedarf<sup>678</sup>, noch sieht sie eine Veranlassung, gegen die Auffassung der Auszubildenden Widerspruch einzulegen, dass die familiäre Pflegeperson Unterstützung durch „**Rat und Tat**“ braucht<sup>679</sup>. Sie sieht sich lediglich veranlasst, die Diagnose über den Unterstützungsbedarf unter Bezugnahme auf den **Bedarf an Beratung** zu präzisieren. Sie erklärt: Die Angehörige habe sich nicht nur durch ihre Bereitschaft<sup>680</sup>, sondern auch durch ihre Fähigkeit ausgezeichnet, häusliche Pflege zu leisten<sup>681</sup>. Zwar habe Bedarf an Beratung über **Pflegetechniken** bestanden, jener Beratungsbedarf sei in Anbetracht der langjährigen Pflegeerfahrung aber gering gewesen<sup>682</sup>. Auch habe Bedarf an Beratung zur **Gestaltung der informellen**

---

<sup>672</sup> vgl.: ebd.: 6, 9, 15, 18, 27.

<sup>673</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>674</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>675</sup> vgl.: ebd.: 5, 39.

<sup>676</sup> ebd.: 40.

<sup>677</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>678</sup> vgl.: EPI 1 A2: 53f.

<sup>679</sup> EPI 1 A3: 8; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>680</sup> vgl.: EPI 1 A1: 53, 79.

<sup>681</sup> vgl.: ebd.: 27, 79.

<sup>682</sup> vgl.: ebd.: 79.

**Pflegebeziehung** bestanden. Jener Beratungsbedarf sei im Verlaufe der Zeit gesunken. Er habe sich auf die Frage konzentriert: Wie kann die familiäre Pflegeperson den eigenen Spielraum in der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person wahren? Die Krankenschwester erklärt: Wenn die familiäre Pflegeperson ihr Engagement in der Interaktion mit der zu pflegenden Person nicht begrenzt, dann wird sie vereinnahmt und verliert Spielraum<sup>683</sup>.

Die Krankenschwester verweist in der Erzählzeit auf ein psychisches Problem der familiären Pflegeperson: Sie berichtet, jenes Problem sowohl im Rahmen der zu bewerkstelligen Ablösung von der zu pflegenden Person, als auch im Rahmen der zu meisternden Distanzierung von den Ansprüchen der zu pflegenden Person erlebt zu haben. Die Krankenschwester vertritt in der Erzählzeit die Auffassung: Die familiäre Pflegeperson braucht Hilfe, um jenes psychische Problem zu bewältigen. Nach Ansicht der Krankenschwester benötigt die pflegende Angehörige „seelische Betreuung“<sup>684</sup>. Die Krankenschwester stellt in der Erzählzeit Bedarf an psychischer Betreuung, nicht aber **Bedarf an psychologischer Behandlung** fest<sup>685</sup>.

#### 1.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben

##### 1.2.2.5.1. Die Pflege

Wie sehen **im Allgemeinen** die Ansprüche aus, die Angehörige und Pflegefachkraft in Sachen Sicherstellung der häuslichen Pflege hegen? Nach Aussage der Krankenschwester vertreten „**die Verwandten**“<sup>686</sup> älterer Menschen in den meisten Fällen die Auffassung: Die im Haus lebenden Angehörigen haben Hilfe bei der Alltagsbewältigung im Allgemeinen und Hilfe bei der häuslichen Pflege im Besonderen zu leisten. Die anderen Angehörigen, die außerhalb des Hauses leben, sind nicht“ gefordert, sich zu kümmern. Auch die **Pflegefachkraft** ist der Auffassung, dass Angehörige bei der häuslichen Pflege mitarbeiten sollen<sup>687</sup>. Sie erklärt: Sie empfinde nicht nur Frustration, wenn sie erlebe, dass es im Umgang mit älteren Familienmitgliedern an Herzlichkeit fehlt, sondern verspüre auch Frustration, wenn sie erlebe, dass es an Mitarbeit bei der häuslichen Pflege fehlt<sup>688</sup>. Welche Angehörigen sollen nach Ansicht der Krankenschwester mitarbeiten? Sollen nur Angehörige

---

<sup>683</sup> vgl.: EPI 1.2: 2.

<sup>684</sup> EPI 1 A1: 11.

<sup>685</sup> vgl.: ebd.:11.

<sup>686</sup> ebd.: 55; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>687</sup> vgl.: ebd.: 65.

<sup>688</sup> vgl.: ebd.: 71.

mitwirken, die im Haus leben<sup>689</sup>? Sollen sich nur Angehörige beteiligen, die in Interaktionen mit älteren Familienmitgliedern „Wahnsinnsiebe“<sup>690</sup> und „Herzlichkeit“<sup>691</sup> erkennen lassen? Sollen sich auch Angehörige beteiligen, die im Umgang mit älteren Familienmitgliedern „Wahnsinnsiebe“<sup>692</sup> und „Herzlichkeit“<sup>693</sup> vermissen lassen? Die Krankenschwester legt sich nicht fest. Wie soll die Mitarbeit von Angehörigen nach Ansicht der Krankenschwester aussehen, wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll? Die Krankenschwester erklärt erstens: Angehörige sollen sich auf eine bestimmte Weise an der **Organisation des Pflegeprozesses** beteiligen, wenn sie glauben, dass sie pflegerische Anforderungen nicht meistern. Sie sollen in solchen Fällen um Pflegeberatung und/oder um formelle Pflege bitten. Die Krankenschwester erklärt zweitens: Angehörige sollen **Pflege** leisten, wenn der Bedarfsfall eingetreten ist und sie durch Pflegeberatung zur Pflege befähigt worden sind<sup>694</sup>. Angehörige sind aus Sicht der Krankenschwester bedingt verpflichtet, in Zeiten **zwischen** den Einsätzen des Personals Pflege zu leisten. Die Krankenschwester hegt den Anspruch: Angehörige sollen im Bedarfsfall die Pflege am Wochenende selber verrichten<sup>695</sup>. Sind Angehörige aus Sicht der Krankenschwester auch bedingt verpflichtet, in Zeiten **während** der Einsätze des Personals Pflegeleistungen zu übernehmen? Die Krankenschwester hegt möglicherweise den Anspruch: Angehörige sollen in der Zeit während eines Einsatzes mitarbeiten, wenn es des Engagements einer Zweitkraft bedarf und das Engagement der Angehörigen eine Unterstützung für die Pflegekraft darstellt. Sie erklärt: Wenn Angehörige „zwei linke Hände“<sup>696</sup> haben, dann stellen sie für die Pflegekraft keine Unterstützung dar und dann ist es besser auf deren Mitarbeit während des Einsatzes zu verzichten<sup>697</sup>.

Wie sind die im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege anfallenden Aufgaben **im Einzelfall** verteilt worden? Die Krankenschwester ist sich bewusst: Die Erbringung von Pflegeleistungen ist erstens vorrangig Aufgabe der Angehörigen. Sie ist zweitens ungleich über die Gesamtheit der für sie wahrnehmbaren Angehörigen verteilt. Die Krankenschwester beschreibt das **Engagement der Angehörigen** des familialen Netzwerkes. Sie berichtet: Die **familiäre Pflegeperson** habe das Gros an Pflegeleistungen übernommen. Sie habe die pflegebedürftige Person rund um die Uhr

---

<sup>689</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>690</sup> ebd.: 69.

<sup>691</sup> ebd.: 71.

<sup>692</sup> ebd.: 69.

<sup>693</sup> ebd.: 71.

<sup>694</sup> vgl.: ebd.: 65.

<sup>695</sup> vgl.: ebd.: 21f.

<sup>696</sup> ebd.: 82.

<sup>697</sup> vgl.: ebd.: 82.

gepflegt. Sie habe Aufsicht geleistet und organisiert<sup>698</sup>. Sie habe nicht nur die Körperpflege, das Betten und das Lagern übernommen, sondern habe der pflegebedürftigen Person auch Nahrung, Flüssigkeit<sup>699</sup> und Medikamente verabreicht<sup>700</sup>. Sie habe sie „aktiviert“<sup>701</sup>. Sie habe sich um eine Aktivierung sowohl des Körpers<sup>702</sup>, als auch des Geistes bemüht<sup>703</sup>. Sie habe Unterstützung durch Angehörige erhalten. Der **Ehemann** sei die Kardinalfigur unter allen sie unterstützenden Angehörigen gewesen: Er sei nicht mehr berufstätig gewesen<sup>704</sup>. Er habe nicht nur sein eigenes Leben geführt<sup>705</sup>, sondern habe auch seine Ehefrau in deren Funktion als Pflegeperson unterstützt. Er habe in ausgewählten Alltagssituationen jenseits der Einsätze des Pflegepersonals als Hilfskraft fungiert<sup>706</sup>.

Das **Engagement der Pflegekräfte** ist im Vergleich zum Engagement der familiären Pflegeperson durch seine **Begrenztheit** gekennzeichnet. Jene Begrenztheit ist strukturell bedingt: Das Engagement der Pflegekräfte ist ein Engagement beruflicher Art. Begrenzte Arbeitskraft und begrenzte Arbeitszeit wird in die Bearbeitung einer Vielzahl von Einzelfällen investiert. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe im Einzelfall „ungefähr eine halbe Stunde bis vierzig Minuten“<sup>707</sup> pro Einsatz reserviert. Es habe an jedem regulären Arbeitstag, d.h. von montags bis freitags, regelmäßig einen Einsatz absolviert. Es habe übergangsweise Einsätze am Wochenende geleistet. Es habe regelmäßig Einsätze mit einfacher Besetzung, d.h. mit einem Belegschaftsmitglied, und nur ausnahmsweise Einsätze mit doppelter Besetzung, d.h. mit zwei Belegschaftsmitgliedern, durchgeführt<sup>708</sup>. Es sei im Wechsel im Einsatz gewesen und habe sich im Rahmen seiner Einsätze regelmäßig sowohl der Pflege des Körpers<sup>709</sup>, als auch der Behandlung der Darmträgheit gewidmet<sup>710</sup>.

Das Engagement der Pflegekräfte zeichnet sich, verglichen mit dem Engagement der familiären Pflegeperson, ferner durch die Anforderung aus, das Engagement im **Einzelfall** mit dem Engagement im **Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen. Die Krankenschwester ist sich bewusst: Sich beruflich engagierend, kann das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes nicht nach persönlichem Belieben verfahren. Sich beruflich engagierend, ist es gefordert, nach Regeln zu verfahren und jenen Regeln nach

---

<sup>698</sup> vgl.: ebd.: 56.

<sup>699</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>700</sup> vgl.: ebd.: 6, 9.

<sup>701</sup> ebd.: 5.

<sup>702</sup> vgl.: ebd.: 5, 39f.

<sup>703</sup> vgl.: ebd.: 77f.

<sup>704</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>705</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>706</sup> vgl.: ebd.: 5, 27, 39.

<sup>707</sup> ebd.: 72.

<sup>708</sup> vgl.: ebd.: 81.

<sup>709</sup> vgl.: ebd.: 67.

<sup>710</sup> vgl.: ebd.: 9.

Möglichkeit in jedem Einzelfall Geltung zu verschaffen. Jene Verfahrensregeln liegen nicht nur in der Pflegeausbildung, sondern auch in der Organisation der ambulanten Pflege begründet. Wie sehen jene Verfahrensregeln aus? Für die Pflegekräfte des gemeindlichen Pflegedienstes besteht eine berufliche Verpflichtung, Pflege zu leisten<sup>711</sup>. Jene berufliche Verpflichtung ist allerdings von eingeschränkter Gültigkeit: Informelle Pflege durch Angehörige hat Vorrang vor formeller Pflege durch Pflegekräfte des gemeindlichen Pflegedienstes. Die Pflegekräfte sind nicht verpflichtet, Wünsche nach Pflege zu erfüllen. Sie sind bedingt verpflichtet, Bedarf an Pflege zu bearbeiten. Wenn sie eine Bitte um formelle Pflege wahrnehmen und Bedarf an formeller Pflege anerkennen, dann besteht für sie die Verpflichtung, im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten. Beide Pflegekräfte verkörpern ein begrenztes Potential an Arbeitszeit und Arbeitskraft<sup>712</sup>. Die zu leistende Pflegearbeit ist auf beide Personalpersonen zu verteilen. Sie verrichten die Pflegearbeit nach Möglichkeit während der regulären Arbeitszeiten<sup>713</sup>. Sie begrenzen nach Möglichkeit die Menge der Arbeitszeit<sup>714</sup> sowie die Menge der Personalpersonen, die pro Einsatz einzuplanen ist. Sie arbeiten nach Möglichkeit getrennt<sup>715</sup> und im Wechsel<sup>716</sup>. Die Krankenschwester ist sich ferner bewusst: Die Möglichkeiten, von Verfahrensregeln abzuweichen, ohne befürchten zu müssen, den Präzedenzfall zu schaffen, sind begrenzt. Die Krankenschwester erklärt: Das Pflegepersonal sei gehalten, seine Einsätze in die Runde einzupassen<sup>717</sup>. Die Arbeitszeit pro Einsatz lasse sich allenfalls für einen in Minuten<sup>718</sup> messbaren Moment überschreiten<sup>719</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: Die Pflegekräfte können Einsätze von mehrstündiger Dauer angesichts der Begrenztheit der organisatorischen Möglichkeiten keinesfalls dauerhaft übernehmen<sup>720</sup>. Die Krankenschwester befürchtet: Wenn sie in einem Fall einmal eine Ausnahme macht, dann hat sie den Präzedenzfall geschaffen und muss jene Ausnahme immer machen. Wird der Präzedenzfall bekannt, kann sich jeder Fall auf das Prinzip der Gleichbehandlung berufen: „Bei der hast Du es gemacht, und bei mir hast Du es nicht gemacht“<sup>721</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat sich das für den Einzelfall entwickelte Einsatzprogramm ohne problematische Korrektur der Behandlung des Fallbestands einplanen lassen.

---

<sup>711</sup> vgl.: ebd.: 78.

<sup>712</sup> vgl.: ebd.: 72, 74f, 82.

<sup>713</sup> vgl.: ebd.: 17, 19, 53.

<sup>714</sup> vgl.: ebd.: 72, 86f.

<sup>715</sup> vgl.: ebd.: 82.

<sup>716</sup> vgl.: ebd.: 73.

<sup>717</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>718</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>719</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>720</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>721</sup> ebd.: 58.

Wie ist der Prozess der Aufgabenverteilung verlaufen? Die Aufmerksamkeit der Krankenschwester ist, was die Koordination und Kooperation mit den Mitgliedern des familialen Netzwerkes im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege betrifft, in der Hauptsache auf die familiäre Pflegeperson konzentriert. Die Krankenschwester nimmt in der **Erzählzeit** auf Entscheidungen über die **Anzahl der Einsatztage pro Woche** Bezug. Sie klärt über das **allgemeine Verfahren** bei Entscheidungen für und wider den **Dienst am Wochenende** auf. Sie erklärt: Die Pflegekräfte seien gefordert, wochenends Notdienst zu leisten. Erläuternd fügt sie erstens hinzu: Eine Intervention der Pflegefachkraft in Form der Übernahme des Wochenenddienstes sei eindeutig geboten, wenn eine Person **ohne** Familie im Falle ständiger Bettlägerigkeit außerstande sei, sich alleine zu behelfen, und wenn eine Person **mit** Familie im Falle ständiger Bettlägerigkeit Wochenendes keine Hilfe durch Familienangehörige erhalte<sup>722</sup>. Erläuternd fügt sie zweitens hinzu: Sie sei der Ansicht, dass die Angehörigen den Dienst am Wochenende versehen können<sup>723</sup>, wenn nur das Waschen zu übernehmen ist und kein Hautdefekt sichtbar ist<sup>724</sup>. Sie schließt Situationen, in denen die Angehörigen Pflege in einer Weise leisten können, die zwar verbesserungsfähig ist, aber keine Pflegestandards verletzt, als Situationen aus, in denen ein seitens der Pflegefachkraft geleisteter Wochenenddienst geboten ist<sup>725</sup>. Die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende spezifizierend, verdeutlicht die Krankenschwester: Am Wochenende hat die Pflege durch Familienangehörige normalerweise Vorrang vor einer Pflege durch Pflegepersonal.

Das **im Einzelfall** gewählte Verfahren beschreibend, berichtet die Krankenschwester: Das Pflegepersonal habe für die Dauer der ersten vier Wochen auch am Wochenende Pflege geleistet<sup>726</sup>. Es habe zu Beginn zweimal Wochenenddienst in vollem Umfang, d.h. samstags und sonntags, und zum Schluss zweimal Wochenenddienst in reduzierten Umfang, d.h. sonntags, geleistet<sup>727</sup>. Es habe die familiäre Pflegeperson über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt, nachdem es begonnen habe, Wochenenddienst zu leisten. Es habe den Dienst am Wochenende mit Einwilligung der pflegenden Angehörigen eingestellt, nachdem es die Angehörige über die Regel für den Personaleinsatz aufgeklärt habe<sup>728</sup>. Die Krankenschwester rekonstruiert den Prozess der Einführung und sukzessiven Beendigung des Wochenenddienstes im Rahmen einer Erzählung. Wie lässt sich jener Prozess der Einführung und sukzessiven Beendigung

---

<sup>722</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>723</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>724</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>725</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>726</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>727</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>728</sup> vgl.: ebd.: 19, 22f.

des Wochenenddienstes, basierend auf jener seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist entnehmen: Sie hat zu Beginn der Fallbearbeitung einen **Fehler in der Kommunikation** mit der Angehörigen begangen. Die Bitte um formelle Unterstützung, die die Angehörige artikuliert hat, ist nach Auffassung der Krankenschwester Ausdruck des Wunsches gewesen, auch am Wochenende Unterstützung zu erhalten. Die Krankenschwester hat es nach eigener Aussage versäumt, die Angehörige rechtzeitig über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufzuklären<sup>729</sup>. Jener zu Beginn der Fallbearbeitung in der Kommunikation mit der Angehörigen begangene Fehler ist nach Aussage der Krankenschwester **nicht folgenlos** geblieben. Hat die Krankenschwester es versäumt, die Angehörige rechtzeitig über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufzuklären, hat sie deren Hoffnung genährt, auch am Wochenende Unterstützung zu erhalten. Jener Fehler und jene Fehlerfolge sind im Verlauf der Fallbearbeitung zu bearbeiten gewesen<sup>730</sup>.
- Wie ist die Krankenschwester im Entscheidungsprozess verfahren? Wie sind die Entscheidungen zur Einführung und sukzessiven Beendigung des Wochenenddienstes zustande gekommen? Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat einerseits den Wunsch nach formeller Pflege unterstellt, andererseits den Bedarf an formeller Pflege geprüft. Sie hat sowohl fachlichen Notwendigkeiten formeller Pflege, als auch organisatorischen Möglichkeiten formeller Pflege Rechnung getragen. Sie ist vermutlich zu der Auffassung gelangt: Die Entscheidung zur Einführung des Wochenenddienstes lässt sich nicht nur durch einen **Wunsch nach formeller Pflege**, sondern auch durch **Bedarf an formeller Pflege** begründen<sup>731</sup>. Sie ist vermutlich ferner zu der Auffassung gelangt: Die Entscheidung zur sukzessiven Beendigung des Wochenenddienstes entspricht nicht nur dem Wunsch der Angehörigen, sondern auch dem veränderten Bedarf an formeller Pflege<sup>732</sup>.
- Die Krankenschwester verdeutlicht: Der Bedarf an formeller Pflege ist eine interpretationsbedürftige Größe<sup>733</sup>. In der Anfangszeit einen sich auch auf das

---

<sup>729</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>730</sup> vgl.: ebd.: 19f, 22f.

<sup>731</sup> vgl.: ebd.: 19, 22.

<sup>732</sup> vgl.: ebd.: 19f, 22f.

<sup>733</sup> vgl.: ebd.: 19f, 22.

Wochenende erstreckenden Bedarf an formeller Pflege anerkennend, hat sie sich vermutlich für die Deutung entschieden: Der Bedarf an Pflege lässt sich Wochenendes nicht allein durch informelle Pflege decken, ohne eine Überforderung der familiären Pflegeperson und in der Folge dessen einen Ausfall der familiären Pflegeperson befürchten zu müssen. In der Folgezeit keinen sich auf das Wochenende erstreckenden Bedarf an formeller Pflege anerkennend, hat sie vermutlich die Deutung gewählt: Der Bedarf an Pflege lässt sich am Wochenende nunmehr allein durch informelle Pflege decken, ohne eine Überforderung der familiären Pflegeperson befürchten zu müssen.

- Die Krankenschwester hat die Angehörige nach eigener Auskunft im Verlaufe der Zeit über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt<sup>734</sup>. Prozesse der Aufklärung über Regeln für einen Personaleinsatz am Wochenende sind Gelegenheiten, Angehörigen zu verstehen zu geben: Die Pflegekräfte sind nicht verpflichtet, Wünsche nach Pflege zu erfüllen. Sie sind bedingt verpflichtet, Bedarf an Pflege zu bearbeiten. Wenn sie eine Bitte um formelle Pflege wahrnehmen und Bedarf an formeller Pflege anerkennen, dann sind sie verpflichtet, im Rahmen fachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten. Entscheidungen, Angehörigen in Prozessen der Bedarfsbearbeitung den Vorrang einzuräumen, lassen sich als Entscheidungen darstellen, die einem Sachzwang folgen.
- Nach Aussage der Krankenschwester hat die Angehörige sich im Wissen um die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende<sup>735</sup> und im Glauben an die erstarkte eigene Belastbarkeit bereit erklärt, am Wochenende selber Pflege zu leisten<sup>736</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben erlebt: Die Angehörige hat nicht nur die Bereitschaft erklärt, Wochenendes selber Pflege zu leisten, sondern sie hat jenen Worten auch Taten folgen lassen. Das Engagement der Pflegekraft, d.h. die formelle Pflege am Wochenende, hat das Engagement der Angehörigen, d.h. die informelle Pflege am Wochenende, nicht geschwächt<sup>737</sup>. Steigende Entlastung auf Seiten der Pflegekraft und steigende Belastung auf Seiten der familiären Pflegeperson sind vermutlich Folgen der Entscheidung gewesen, den Wochenenddienst sukzessive zu beenden und den Vorrang des familialen Netzwerkes sukzessive auszubauen.

---

<sup>734</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>735</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>736</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>737</sup> vgl.: ebd.: 19f, 22f,



Wie stellt sich, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, der Prozess der Einführung und sukzessiven Beendigung des Wochenenddienstes **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt erstens: In ihrem „dusseligen Kopf“<sup>738</sup> habe sie die pflegende Angehörige beim Erstbesuch nicht über die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt. Daraufhin habe die familiäre Pflegeperson angenommen, dass der Wochenenddienst im formellen Pflegeprogramm enthalten sei. Die Krankenschwester betont: Sie habe sich entschieden, in der Anfangszeit **Wochenenddienst in vollem Umfang**, d.h. samstags und sonntags, zu leisten, anstatt die irrtümlicherweise genährte Hoffnung auf Übernahme des Wochenenddienstes zu enttäuschen, "weil" der Zustand der zu pflegenden Person schlimm war und sie selber „auch schlecht Nein-Sagen konnte“<sup>739</sup>.

Die Krankenschwester erzählt zweitens: Das Pflegepersonal habe als Übergangslösung **Wochenenddienst in reduziertem Umfang**, d.h. samstags, geleistet. Jenen Entscheidungsprozess rekonstruierend, bietet die Krankenschwester zwei Schilderungen an. In der **ersten Schilderung** heißt es: Der Zustand der zu pflegenden Person habe sich verbessert und dann habe die pflegende Angehörige die Regel für den Personaleinsatz am Samstag erfragt. Der Frageformulierung sei die Unterstellung zu entnehmen gewesen, dass der Samstag als regulärer Arbeitstag gelte. Die Krankenschwester habe zum einen, jene Unterstellung korrigierend, das gesamte Wochenende als regulär dienstfreie Zeit definiert und sie habe zum anderen jene Aufklärung über die Regel für den Personaleinsatz am Samstag mit dem Angebot verknüpft, aber den Samstagmorgen auch noch Pflege zu leisten. Sie habe reduzierten Wochenenddienst angeboten und eine Angebotsformulierung gewählt, mit der sie den Eindruck vermieden habe, dass jenes Angebot auf Dauer angelegt sei. Die pflegende Angehörige habe die Einwilligung in das für den Samstagmorgen geltende Unterstützungsangebot mit der Mitteilung verknüpft, dass sie die Pflege am Sonntag alleine ohne Unterstützung der Pflegekräfte erbringen werde, weil die eigene Schwester als Hilfskraft zur Verfügung stehen werde. Dann habe das Angebot des reduzierten Wochenenddienstes noch zwei Wochen Gültigkeit besessen<sup>740</sup>. In der **zweiten Schilderung** heißt es: Die familiäre Pflegeperson habe nach dem ersten Wochenenddienst gefragt, ob die Pflegekräfte auch Samstag und Sonntag arbeiten. Das Pflegepersonal habe erklärt, dass die Zeit am Wochenende normalerweise nicht als Arbeitszeit gelte, dass sie im Einzelfall aber bereit seien, Wochenenddienst zu leisten, weil der Zustand der Mutter so schlecht ist. Als der Zustand der zu pflegenden Person in

---

<sup>738</sup> ebd.: 19.

<sup>739</sup> ebd.: 19.

<sup>740</sup> vgl.: ebd.: 19.

der Zeit nach dem zweiten Wochenenddienst besser geworden sei, habe die Angehörige von alleine gesagt, dass sie probiere, die Pflege am Sonntag zu gewährleisten, ohne Unterstützung durch die Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen<sup>741</sup>.

Ein **Vergleich** beider Versionen lässt **Gemeinsamkeiten** erkennen. Anzunehmen ist: Der Wochenenddienst ist in reduziertem Umfang, d.h. samstagsmorgens, fortgesetzt worden, nachdem die pflegebedürftige Person Anzeichen einer Zustandsverbesserung hat erkennen lassen, nachdem die familiäre Pflegeperson über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt worden ist und nachdem die familiäre Pflegeperson erstmals die Bereitschaft erklärt hat, die Pflege am Sonntagsmorgen ohne formelle Unterstützung zu verrichten. Anzunehmen ist ferner: Die familiäre Pflegeperson hat weder versucht, die Pflegekräfte den Dienst am Samstagmorgen dauerhaft versehen zu lassen<sup>742</sup>, noch hat sie den Versuch unternommen, den Pflegekräften den Dienst am Sonntag zu übertragen<sup>743</sup>. Nach Darstellung der Krankenschwester hat die familiäre Pflegeperson die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende aus eigener Veranlassung erkundet. Die Krankenschwester unterlässt es, die zwischen beiden Schilderungen bestehenden **Unterschiede** zu klären: Hat die pflegende Angehörige die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende erfragt, bevor (Zweite Version) oder nachdem die pflegebedürftige Person Anzeichen einer Zustandsverbesserung hat erkennen lassen (Erste Version)? Haben die Pflegekräfte die Aufklärung über die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende als Gelegenheit genutzt, die Übernahme des Wochenenddienstes unter Anspielung auf den Bedarfsfall zu begründen (Zweite Version) oder haben sie jene sich bietende Gelegenheit verstreichen lassen, ohne der Angehörigen Bedarf als Begründung für die Übernahme des Wochenenddienstes anzubieten (Erste Version)?

Die Krankenschwester erzählt drittens: Die Entscheidung, den reduzierten Wochenenddienst zu **beenden**, habe sich der Initiative der familiären Pflegeperson verdankt. Unter Hinweis auf den als Hilfskraft zur Verfügung stehenden Ehemann<sup>744</sup> habe die familiäre Pflegeperson am Pfingstsamstag erklärt<sup>745</sup>, dass Pfingstsonntag und Pfingstmontag keine Pflegekraft Dienst zu leisten brauche, sondern dass sie sich selber behelfen werde<sup>746</sup>. Wie hat die Krankenschwester reagiert? Die Krankenschwester schildert: Sie habe angeboten, in einem künftigen Bedarfsfall Wochenenddienst zu leisten. Sie habe eine Angebotsformulierung gewählt, mit der sie der familiären Pflegeperson zu verstehen gegeben habe, dass sie die Bitte um formelle Pflege als eine

---

<sup>741</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>742</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>743</sup> vgl.: ebd.: 19, 22.

<sup>744</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>745</sup> vgl.: ebd.: 19f.

<sup>746</sup> vgl.: ebd.: 20.

Voraussetzung für die Gewährung von formeller Pflege betrachte. Die pflegende Angehörige habe in der Folgezeit nicht um formelle Pflege am Wochenende gebeten<sup>747</sup>. Sie habe vielmehr unter Hinweis auf den als Hilfskraft zur Verfügung stehenden Ehemann erklärt, sie benötige die Unterstützung der Pflegekräfte am Wochenende nicht. Die Krankenschwester betont: Sie habe sich in der Nachfolgezeit weder veranlasst gesehen, an jenen Worten der familiären Pflegeperson zu zweifeln<sup>748</sup>, noch habe sie Anlass gehabt, die seitens der familiären Pflegeperson am Wochenende geleistete Pflege zu beanstanden<sup>749</sup>.

Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage in der Folgezeit Vorkehrungen getroffen, um einen vermeidbaren Wochenenddienst zu vermeiden. Sie berichtet: Um das „Abführproblem“<sup>750</sup> jeweils vor Beginn eines Wochenendes bewältigt zu wissen, habe sie den „Freitag“<sup>751</sup> als „Abführtag“<sup>752</sup> eingeplant. Zeigt sie sich mit Bezug auf das Arbeitsprogramm der Pflegekräfte nicht nur bestrebt, einen vermeidbaren Ausbau der Anzahl der **Einsatztage pro Woche** zu vermeiden, sondern auch bemüht, einen vermeidbaren Ausbau der Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag** zu vermeiden? Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf zwei Pflegeprobleme: Die Darmträgheit ist das erste Pflegeproblem. Die Inkontinenz der bettlägerigen Patientin und die erhöhte Gefahr einer Dekubitusbildung, wenn Bettlägerigkeit und Inkontinenz zusammentreffen, stellen das zweite Pflegeproblem dar. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat sich an der Bearbeitung beider Pflegeprobleme beteiligt. Zur Bearbeitung des ersten Pflegeproblems, der Darmträgheit, hat sie die Anzahl der Einsätze unter Umständen an einem ausgewählten Einsatztag erhöht: am Abführtag. Zur Bearbeitung des zweiten Pflegeproblems, der Inkontinenz, hat sie die Anzahl der Einsätze hingegen weder an ausgewählten Einsatztagen, noch an sämtlichen Einsatztagen erhöht. Sie hat in der Regel einen Einsatz pro Einsatztag eingeplant<sup>753</sup>. Die Krankenschwester rekonstruiert die Prozesse der Bearbeitung jener Pflegeprobleme im Rahmen zweier Erzählungen. Wie lassen sich jene Problembearbeitungsprozesse, basierend auf jenen seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **zusammenfassend** darstellen?

- Der **Wunsch** nach formeller Unterstützung ist eine interpretationsbedürftige Größe. Die Krankenschwester ist im Falle des ersten Pflegeproblems, der

---

<sup>747</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>748</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>749</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>750</sup> ebd.: 9.

<sup>751</sup> ebd.: 28.

<sup>752</sup> ebd.: 24.

<sup>753</sup> vgl.: ebd.: 24, 40f.

Darmträgheit, vermutlich der Auffassung gewesen: Es kann eindeutig der Wunsch nach formeller Unterstützung unterstellt werden<sup>754</sup>. Die Krankenschwester ist im Falle des zweiten Pflegeproblems, der Inkontinenz, hingegen vermutlich der Ansicht gewesen: Ein Wunsch nach formeller Pflege lässt sich nicht eindeutig unterstellen<sup>755</sup>. Anzunehmen ist: Sie hat im Falle des zweiten Pflegeproblems zwar die Möglichkeit eines Wunsches nach formeller Pflege unterstellt, hat es aber unterlassen, im Gespräch mit der familiären Pflegeperson zu erkunden, ob jene Unterstellung korrekt ist<sup>756</sup>.

- Auch der **Bedarf an formeller Pflege** ist eine interpretationsbedürftige Größe. Im Falle des ersten Pflegeproblems, der Darmträgheit, ist zwecks Problemlösung zu entscheiden gewesen: Ist der Tochter die Verabreichung oraler Abführmittel zu empfehlen? Ist die Tochter anzuleiten, im Notfall auch ein Klistier zu verabreichen? Soll die Verabreichung eines Klistiers zur Aufgabe der Pflegekraft werden? Die Krankenschwester hat sich nach eigener Aussage im Falle des ersten Pflegeproblems entschieden, der Tochter die Verabreichung oraler Abführmittel, nicht aber die Verabreichung eines Klistiers zu übertragen. Sie hat sich nach eigenen Angaben entschieden, das Klistier notfalls selber zu verabreichen.<sup>757</sup> Sie hat im Falle des ersten Pflegeproblems Bedarf an formeller Pflege anerkannt. Sie hat vermutlich die Deutung gewählt: Der Bedarf an Pflege lässt sich nicht allein durch informelle Pflege decken, ohne eine Überforderung der familiären Pflegeperson befürchten zu müssen.
- Die Krankenschwester hat sich nach eigenen Angaben im Falle des zweiten Pflegeproblems, der Inkontinenz, gegen die Anerkennung eines gesteigerten Bedarfs an formeller Pflege entschieden. Sie hat im Falle des zweiten Pflegeproblems vermutlich die Deutung gewählt: Der gesteigerte Bedarf an Pflege lässt sich durch informelle Pflege decken, ohne eine Überforderung der familiären Pflegeperson befürchten zu müssen. Sie hat nach eigener Aussage im Falle des zweiten Pflegeproblems gewusst, dass die Angehörige plant, zur Problembearbeitung zusätzlich informelle Hilfskräfte zu engagieren, dass die Angehörige jenen Plan umsetzt und dass die Problembearbeitung plangemäß

---

<sup>754</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>755</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>756</sup> vgl.: ebd.: 40f.

<sup>757</sup> vgl.: ebd.: 10, 24.

gelingt<sup>758</sup>. Sie ist sich im Falle des zweiten Pflegeproblems vermutlich auch der Begrenztheit der Möglichkeiten bewusst gewesen, formelle Pflege zu leisten.

- Wie ist die Krankenschwester im Entscheidungsprozess verfahren? Anzunehmen ist: Sie hat einerseits den Wunsch nach formeller Unterstützung, andererseits den Bedarf an formeller Pflege geprüft. Sie hat sowohl sachlichen Notwendigkeiten, als auch organisatorischen Möglichkeiten, formelle Pflege zu leisten, Rechnung getragen. Sie ist vermutlich der Auffassung gewesen: Wenn sich, wie im Falle des ersten Pflegeproblems, der eindeutige Wunsch nach formeller Unterstützung erkennen lässt und sich ein Bedarf an formeller Pflege feststellen lässt, dann ist sie verpflichtet, im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten. Wenn sich hingegen, wie im Falle des zweiten Pflegeproblems, kein eindeutiger Wunsch nach formeller Pflege erkennen lässt und kein Bedarf an formeller Pflege feststellen lässt, dann ist sie nicht verpflichtet, Pflege zu leisten.
- Die Krankenschwester hat vermutlich angenommen: Der Wunsch nach formeller Unterstützung wird im Falle der Bearbeitung des ersten Pflegeproblems erfüllt<sup>759</sup>. Ein Wunsch nach formeller Pflege bleibt im Falle der Bearbeitung des zweiten Pflegeproblems möglicherweise unerfüllt<sup>760</sup>. Mehrbelastung auf Seiten der Pflegekraft und Mehrbelastung auf Seiten der Angehörigen sind vermutlich Folgen der Entscheidung gewesen, zur Bearbeitung des ersten Pflegeproblems sowohl das formelle Pflegeprogramm durch Verabreichung eines Klistiers auszudehnen, als auch das informelle Pflegeprogramm durch Verabreichung oraler Abführmittel zu erweitern. In Folge der Entscheidung, zur Bearbeitung des zweiten Pflegeproblems keinen Ausbau des formellen Pflegeprogramms vorzunehmen, hat sich eine Mehrbelastung auf Seiten der Pflegekraft vermutlich vermeiden lassen.
- Die Krankenschwester hat sich nach eigener Darstellung erstens entschieden, dem familialen Netzwerk im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege nicht die alleinige Belastung aufzubürden. Die Krankenschwester hat sich nach eigener Darstellung zweitens entschieden, dem familialen Netzwerk nicht nur am Wochenende, sondern auch an den regulären Arbeitstagen Vorrang bei der

---

<sup>758</sup> vgl.: ebd.: 40f.

<sup>759</sup> vgl.: ebd.: 9, 24.

<sup>760</sup> vgl.: ebd.: 40f.

Pflege einzuräumen<sup>761</sup>. Am Beispiel des Problems mit der Darmträgheit verdeutlicht sie: Pflegeprobleme sollen vorrangig durch den Einsatz von Netzwerkressourcen vermieden werden. Am Beispiel des Problems mit der Inkontinenz macht sie ferner deutlich: Pflegeprobleme sollen vorrangig durch den Einsatz von Netzwerkressourcen bewältigt werden.

- Die Prozesse der Problembearbeitung rekonstruierend, verdeutlicht die Krankenschwester am Beispiel des Problems mit der Inkontinenz: Wenn ein Verbleib in der Häuslichkeit denkbar ist, sich die Entwicklung eines Pflegeproblems als hochgradig unberechenbar erweist, sich die Bearbeitung des Pflegeproblems jeder Planung entzieht und die Möglichkeiten der ambulanten Pflegeorganisation sprengt, dann wird der Vorrang des familialen Netzwerkes zu einem organisationsstrukturell bedingten Sachzwang<sup>762</sup>. Die Prozesse der Problembearbeitung rekonstruierend, verdeutlicht die Krankenschwester am Beispiel des Problems mit der Darmträgheit: Sie hat die familiäre Pflegeperson über die Begrenztheit der Organisationsressourcen aufgeklärt. Sie hat der familiären Pflegeperson zu verstehen gegeben, dass der Vorrang des familialen Netzwerkes als organisationsstrukturell bedingter Sachzwang zu betrachten ist<sup>763</sup>.

Wie stellen sich, die Prozesse der Bearbeitung jener beiden Pflegeprobleme, basierend auf den seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **im Detail** betrachtet dar? Die Aufmerksamkeit auf das **erste Pflegeproblem** richtend, auf die Darmträgheit, erzählt die Krankenschwester: Sie habe begonnen, Hilfe beim Abführen zu leisten, nachdem die Angehörige, sich auf ein ungelöstes Abführproblem beziehend, gefragt habe: „Was machen wir?“<sup>764</sup>. Sie habe ein Arrangement unter Mitarbeit der pflegenden Angehörigen eingerichtet, um das „**Problem mit der Abführerei**“<sup>765</sup> zu bewältigen. Die familiäre Pflegeperson werde vorrangig aktiv, um das Abführproblem zu vermeiden. Sie verabreiche der zu pflegenden Person wie empfohlen am Vorabend orale Abführmittel. Das Pflegepersonal werde nachrangig aktiv, um das Abführproblem im Bedarfsfall zu lösen<sup>766</sup>: Es führe am Abführtag im Bedarfsfall einen zweiten Einsatz durch<sup>767</sup>, um der zu

---

<sup>761</sup> vgl.: ebd.: 9, 24, 40f.

<sup>762</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>763</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>764</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>765</sup> ebd.: 8; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>766</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>767</sup> vgl.: ebd.: 24.

pflegenden Person „ein Klistier“<sup>768</sup> zu verabreichen. Die Krankenschwester schildert, sie habe der pflegenden Angehörigen erklärt: Wenn die zu pflegende Person am Abführtag während des zur Vormittagszeit eingeplanten Pflegeeinsatzes nicht abgeführt habe, dann leiste sie im Rahmen eines gesonderten Pflegeeinsatzes zur Mittagszeit Hilfe beim Abführen. Die Entscheidung zur Einführung jenes zweiten Pflegeeinsatzes erläuternd, habe sie hinzugefügt: Wenn sie die Runde gemacht habe, dann stehe ihr mehr Zeit zur Verfügung, um jene Hilfe beim Abführen zu leisten, dann brauche sie selber „nicht gleich wieder weg und auf die Uhr gucken und dann kann die zu pflegende Person einen Moment sitzen bleiben“<sup>769</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat im Gespräch mit der pflegenden Angehörigen zum Ausdruck gebracht, dass sich jenes Pflegeproblem, die Darmträgheit, zwar durch formelle Pflege bearbeiten lässt, dass eine formelle Problembearbeitung aber nicht problemlos möglich ist. Die erste Botschaft lautet: Formelle Hilfe beim Abführen lässt sich nicht im Rahmen des Regelprogramms bewerkstelligen. Es bedarf vielmehr einer Sonderregelung. Die zweite Botschaft lautet: Selbst bei einer Sonderregelung ist von der Begrenztheit der Organisationsressourcen auszugehen. Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung nicht nur die Begrenztheit der Organisationsressourcen, sondern auch die eigene Rücksichtnahme auf die Besonderheiten des Einzelfalles demonstriert.

Die Aufmerksamkeit auf das **zweite Pflegeproblem** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe es unterlassen, die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag zu erhöhen, um Hilfe zur Bearbeitung des **Problems mit der Inkontinenz** zu leisten. Sie habe ein Arrangement unter Mitarbeit der pflegenden Angehörigen etabliert, bei welchem sie der familiären Pflegeperson fortgesetzt **Vorrang** eingeräumt habe. Die pflegende Angehörige habe ohne Veranlassung durch die Pflegekräfte ein Schema entwickelt, um die Inkontinenz der zu pflegenden Person in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen des Personals zu bearbeiten. Die Angehörige habe gesagt: Ein kleines Kind wird auch fünfmal am Tag gewickelt. Die Angehörige habe die Windelhosen nach drei/vier Stunden routinemäßig kontrolliert und gewechselt. Die Krankenschwester schildert: Die Angehörige habe ihr gesagt, dass sie nicht um die eigene Fähigkeit weiß, die Aufgabe alleine zu bewältigen, und dass ihr im Moment noch die eigene Schwester als Hilfskraft zur Verfügung stehe. Die Krankenschwester schildert ferner: Dann habe sie es unterlassen, der Angehörigen Hilfe anzubieten. Sie denke in der erzählten Zeit, dass sie die familiäre Pflegeperson sich erst mal jener Schwester als Hilfskraft bedienen lasse, anstatt sich selber als Hilfskraft anzubieten. Zwei Tage später habe die pflegende Angehörige gesagt, dass ihr auch die Nachbarsfrau als Hilfskraft zur Verfügung stehe.

---

<sup>768</sup> ebd.: 10.

<sup>769</sup> ebd.: 24.

Nachdem sie sich mehrfach jener Nachbarsfrau als Hilfskraft bedient habe und der Zustand der zu pflegenden Person besser geworden sei, habe sie gesagt, dass sie probiert habe, die Aufgabe alleine zu bewältigen, dass sie erlebt habe, dass sie sie jetzt alleine bewältigen kann<sup>770</sup> und dass sie die Hilfe der Nachbarin auch nicht mehr brauche<sup>771</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe in der erzählten Zeit manchmal gedacht, dass die pflegende Angehörige sie um Hilfe bitten will, obgleich sie nicht ausdrücklich um Hilfe gebeten habe<sup>772</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: Sie habe der Angehörigen aber erst gar nicht Hilfe angeboten und nachher keine Veranlassung gesehen, Hilfe anzubieten. Die familiäre Pflegeperson habe sich alleine beholfen und habe bewiesen, dass sie die Aufgabe bewältige<sup>773</sup>.

Nach Aussage der Krankenschwester hat es im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **Überschneidungen** im Engagement von Pflegefachkraft und familiärer Pflegeperson gegeben. Nach Auskunft der Krankenschwester ist es zu Überschneidungen in den **Arbeitsleistungen** gekommen. Die Krankenschwester berichtet: Beide Parteien, Pflegefachkraft und familiäre Pflegeperson, haben Pflege geleistet. Beide Parteien haben teils dieselben Pflegeleistungen erbracht<sup>774</sup>. Beide Parteien haben teils auch Pflegeleistungen übernommen, die die jeweilige Gegenpartei nicht abgedeckt hat<sup>775</sup>. Nach Angaben der Krankenschwester ist es ferner zu Überschneidungen in den **Arbeitszeiten** gekommen. Die Krankenschwester berichtet: Die Angehörige habe den Pflegekräften in der Zeit **während** der Einsätze geholfen, die pflegebedürftige Person zu heben<sup>776</sup>. Sie habe die pflegebedürftige Person in der Zeit **zwischen** den Einsätzen „optimal gepflegt“<sup>777</sup>. Sie habe es weder in der Zeit während der Einsätze, noch in der Zeit zwischen den Einsätzen an Mitarbeit fehlen lassen<sup>778</sup>.

Die Krankenschwester betrachtet das Engagement der Pflegekräfte als Beitrag zur **Entlastung der pflegenden Angehörigen**. Sie ist sich gleichwohl der Begrenztheit jenes Beitrags zur Entlastung der familiären Pflegeperson bewusst. Sie erklärt: Die Entlastung, die die familiäre Pflegeperson durch das Engagement der Pflegekräfte erhalte, stelle keine nennenswerte Entlastung dar. Die Entlastung liege vermutlich darin begründet, dass ihr das Gefühl vermittelt werde, in Kontakt sein zu können und nicht allein verantwortlich sein zu müssen<sup>779</sup>. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Die

---

<sup>770</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>771</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>772</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>773</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>774</sup> vgl.: ebd.: 5, 41, 67, 81f.

<sup>775</sup> vgl.: ebd.: 5f, 10, 15, 39f, 56, 77f.

<sup>776</sup> vgl.: ebd.: 82.

<sup>777</sup> ebd.: 7.

<sup>778</sup> vgl.: ebd.: 7, 82.

<sup>779</sup> vgl.: ebd.: 8.



Angehörige hat durch das Engagement, das sie in der Zeit während der Pflegeeinsätze bewiesen hat, zur **Entlastung der Pflegekräfte** beigetragen<sup>780</sup>. Sie ist auch der Auffassung: Die Angehörige hat durch das optimale Engagement<sup>781</sup>, das sie in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen gezeigt hat, eine Mehrbelastung der Pflegekräfte verhindert<sup>782</sup>.

Die Krankenschwester erklärt: Die sich in der Vermeidung von Hautdefekten niederschlagende Vermeidung einer Zustandsverschlechterung<sup>783</sup> und die Zustandsverbesserung, die sowohl die körperliche Verfassung<sup>784</sup> als auch die geistige Verfassung der zu pflegenden Person umfasst habe<sup>785</sup>, sei im Wesentlichen auf das Engagement der familiären Pflegeperson und nicht auf das Engagement der Pflegekräfte zurückzuführen<sup>786</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat die familiäre Pflegeperson nicht nur formelle Unterstützung durch das Pflegepersonal, sondern auch informelle Unterstützung durch den Ehemann erhalten. Die Krankenschwester ist der Ansicht: Die Unterstützung durch den „guten Partner“<sup>787</sup> ermöglicht ein optimales Arrangements<sup>788</sup>.

#### 1.2.2.5.2. Die Beratung

Zu vermuten ist: Das Pflegepersonal hat keine gesonderten Beratungseinsätze durchgeführt. Es hat Beratung und Pflege im Rahmen der Pflegeeinsätze verknüpft. Einen Prozess wechselseitiger Beratung beschreibend, berichtet die Krankenschwester: Einerseits habe die familiäre Pflegeperson das Pflegepersonal beraten. Um die Reaktionsweisen der pflegebedürftigen Person wissend, habe sie dem Pflegepersonal geraten, sich bewährter Strategien zu bedienen, um die Pflegearbeit im Falle eines auf Seiten der pflegebedürftigen Person wahrnehmbaren Widerwillens erfolgreich zu erledigen<sup>789</sup>. Andererseits habe das Pflegepersonal der familiären Pflegeperson Ratschläge erteilt. Die Krankenschwester hegt den Anspruch: Angehörige sollen den Rat einer Pflegefachkraft befolgen. Sie erklärt: Es lohne sich, Arbeitskraft in die Beratung jener besonderen Angehörigen zu investieren. Jene familiäre Pflegeperson habe sich beraten lassen<sup>790</sup>.

---

<sup>780</sup> vgl.: ebd.: 52.

<sup>781</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>782</sup> vgl.: ebd.: 41, 78.

<sup>783</sup> vgl.: ebd.: 78.

<sup>784</sup> vgl.: ebd.: 39, 44.

<sup>785</sup> vgl.: ebd.: 52.

<sup>786</sup> vgl.: ebd.: 43, 77.

<sup>787</sup> ebd.: 26.

<sup>788</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>789</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>790</sup> vgl.: ebd.: 66.

Nach Aussage der Krankenschwester hat das Pflegepersonal Aufklärung über **Pflegetechniken** geleistet. Die Krankenschwester berichtet: Nachdem die zu pflegende Person wieder begonnen habe, feste Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen, habe das Pflegepersonal der pflegenden Angehörigen geraten, dass sie Babynahrung verabreichen soll und dass sie probieren soll, Flüssigkeit mit einer Spritze als technischem Hilfsmittel einzuführen<sup>791</sup>, weil sich die „Nuckelflasche“<sup>792</sup> als technisches Hilfsmittel als ungeeignet erwiesen habe. Das Pflegepersonal habe der familiären Pflegeperson ferner geraten, Creme einzusetzen, um die „Haut am Po“<sup>793</sup> der zu pflegenden Person zu schützen. Das Pflegepersonal habe die pflegende Angehörigen auch über die „rückenschonenden Arbeitsweisen“<sup>794</sup> unterrichtet.

Das Pflegepersonal hat nach eigener Auskunft Beratung zur **Gestaltung der informellen Pflegebeziehung** geleistet. Anzunehmen ist: Das Pflegepersonal billigt (pflegenden) Angehörigen im Allgemeinen und der pflegenden Angehörigen im Besonderen Spielraum zu, um eigenen Bedürfnissen nach Selbstverwirklichung und Erholung Rechnung tragen zu können. Es plädiert nicht für deren unbegrenzte, sondern für deren begrenzte Möglichkeiten, Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung und Erholung zu befriedigen. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe die Angehörige belehrt, dass sie versuchen muss, den Forderungen der pflegebedürftigen Person Grenzen zu setzen, um Spielraum zur Befriedigung eigener Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung und Erholung zu wahren<sup>795</sup>. Die Krankenschwester berichtet ferner: Das Pflegepersonal habe der Angehörigen geraten, sich zu Zwecken der eigenen Entlastung pflegefreie Zeit zu verschaffen<sup>796</sup>. Die Krankenschwester hat der Angehörigen nach eigener Aussage empfohlen, sich „einmal eine halbe Stunde“<sup>797</sup> Auszeit zu nehmen. Die Krankenpflegehelferin hat der familiären Pflegeperson nach eigenen Angaben angeraten, die Möglichkeit eines Urlaubs von der Pflege in Erwägung zu ziehen. Die Krankenpflegehelferin berichtet, der Angehörigen erklärt zu haben, die häusliche Pflege nicht bis zum Tod der zu pflegenden Person fortsetzen zu können, ohne Urlaub von der Pflege zu machen<sup>798</sup>. Die Krankenschwester hat der Angehörigen nach eigener Auskunft auch empfohlen, mit anderen Leuten über die mit der häuslichen Pflege verbundenen Belastungen zu sprechen<sup>799</sup>.

---

<sup>791</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>792</sup> ebd.: 14.

<sup>793</sup> ebd.: 78.

<sup>794</sup> ebd.: 11.

<sup>795</sup> vgl.: EPI 1.2: 2.

<sup>796</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>797</sup> ebd.: 3.

<sup>798</sup> vgl.: EPI 1 A2: 53f.

<sup>799</sup> vgl.: EPI 1.2: 3.

Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass die **Kommunikation** über Belastungen in der häuslichen Pflege eine Möglichkeit darstellt, sich als pflegende Person Entlastung zu verschaffen. Kommunikation über Belastungen kann einerseits unmittelbar entlastend sein und kann andererseits weitergehende Entlastungsmöglichkeiten eröffnen. Kommunikation über Belastungen in der häuslichen Pflege kann als Bitte um Hilfe verstanden werden, kann aber auch mit einer gesonderten Bitte um Hilfe verknüpft werden. Angehörige des familialen Netzwerkes und Angehörige ausgewählter Berufsgruppen, wie Pflegekräfte und Psychologen, sind denkbare **Kommunikationspartner**. Welches sind aus Sicht der Krankenschwester wählbare Kommunikationspartner? Hat sie der familiären Pflegeperson geraten, mit Angehörigen des familialen Netzwerkes und mit Angehörigen ausgewählter Berufsgruppen über Belastungen in der häuslichen Pflege zu kommunizieren<sup>800</sup>?

- Die Krankenschwester ist sich bewusst: Die Möglichkeiten der Pflegekräfte, pflegenden Angehörigen Entlastung durch Kommunikation über Belastungen in der häuslichen Pflege zu bieten, sind strukturell bedingt begrenzt. Die Geschwister verkörpern im Einzelfall für die familiäre Pflegeperson eine Möglichkeit, sich Entlastung durch Kommunikation über Belastungen in der häuslichen Pflege zu verschaffen. Die Vermutung liegt nahe: Die Krankenschwester hat die familiäre Pflegeperson ermutigt, speziell mit den Geschwistern über Belastungen in der häuslichen Pflege zu kommunizieren. Denkbar ist: Die Krankenschwester hat gehofft, eine netzwerkinterne Kommunikation über Belastungen in der häuslichen Pflege verschafft auch den Pflegekräften Entlastung<sup>801</sup>.
- Die Vermutung ist naheliegend: Die Krankenschwester hat es unterlassen, die Angehörige zu ermutigen, speziell mit den Pflegekräften über Belastungen in der häuslichen Pflege zu kommunizieren. Denkbar ist erstens: Die Krankenschwester hat unterstellt, die eigenen Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben, die pflegende Angehörige zu entlasten, sei es durch Pflege und Beratung, sei es durch Kommunikation über Entlastungsmöglichkeiten. Denkbar ist zweitens: Die Krankenschwester befürchtet, die Kommunikation über Belastungen in der häuslichen Pflege kompliziert den eigenen Arbeitsprozess. Sie ist schwer begrenzbar und kann sowohl zu einer Konkurrenz zwischen pflegebedürftiger

---

<sup>800</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>801</sup> vgl.: ebd.: 3.

Person und familiärer Pflegeperson, als auch zu einer Konkurrenz zwischen Einzelfall und Fallbestand führen<sup>802</sup>.

- Naheliegend ist auch die Vermutung: Die Krankenschwester hat es unterlassen, der pflegenden Angehörigen zu einer psychologischen Behandlung zu raten. Denkbar ist: Sie hat unterstellt, eine „seelische Betreuung“<sup>803</sup> durch das Pflegepersonal ist ausreichend. Denkbar ist auch: Sie hat befürchtet, eine psychologische Behandlung kompliziert den eigenen Arbeitsprozess. Eine psychologische Behandlung kann die familiäre Pflegeperson befähigen, sich auf selbstbewusste Weise nicht nur von Forderungen der zu pflegenden Person, sondern auch von Ansprüchen der Pflegekräfte zu distanzieren. Geschult, eigene Bedürfnisse zu erkennen, ermutigt, sich für eine Befriedigung eigener Bedürfnisse einzusetzen, und angeleitet, eine Überschätzung der eigenen Belastbarkeit zu vermeiden, könnte die Angehörige nicht nur den Konflikt mit der zu pflegenden Person, sondern auch den Konflikt mit den Pflegekräften wagen, um Spielraum<sup>804</sup> für die Befriedigung eigener Bedürfnisse zu wahren und zu mehren und um die Grenzen der eigenen Belastbarkeit im Prozess der Bedarfsbearbeitung nicht zu überschreiten.

Den Ausführungen der Krankenschwester kann nicht entnommen werden, dass sie die pflegende Angehörige aufgeklärt hat, dass sie deren Belastung als „sehr hoch“<sup>805</sup> einschätzt. Unterstellt, die Krankenschwester hat jene Aufklärung unterlassen, welche Vermutungen lassen sich über eine unterlassene Aufklärung anstellen? Möglicherweise hat sie befürchtet, bei Aufklärung Hoffnung auf Entlastung zu nähren und genährte Hoffnungen enttäuschen zu müssen. Hat die Krankenschwester die familiäre Pflegeperson über die Möglichkeiten und Grenzen der Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflegeorganisation aufgeklärt? Zu vermuten ist: Sie hat in Interaktionen mit der pflegenden Angehörigen weniger die Leistungsmöglichkeiten, als vielmehr die Leistungsgrenzen der ambulanten Pflegeeinrichtung betont.<sup>806</sup> Hebt sie die Begrenztheit der Leistungsmöglichkeiten der ambulanten Pflegeorganisation eigens hervor, lässt sie den Vorrang des familialen Netzwerkes als organisationsstrukturell bedingten Sachzwang erscheinen. Widerspruch gegen Entscheidungen der Pflegekraft, dem

---

<sup>802</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>803</sup> EPI 1 A1: 11.

<sup>804</sup> vgl.: EPI 1.2: 2.

<sup>805</sup> EPI 1 A1: 26.

<sup>806</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

familiälen Netzwerk Vorrang bei der Sicherstellung der häuslichen Pflege einzuräumen, wird erschwert.

### 1.2.2.5.3. Die soziale Betreuung

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, Betreuung geleistet, d.h. Gesellschaft und Konversation geboten? Anzunehmen ist: Die familiäre Pflegeperson hat, mit der pflegebedürftigen Person interagierend, **informelle Betreuung** geleistet<sup>807</sup>. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekräfte haben, mit der familiären Pflegeperson interagierend, in begrenztem Umfang **formelle Betreuung** geleistet<sup>808</sup>. Die Krankenschwester hat vermutlich entschieden, der informellen Betreuung durch Familienmitglieder den Vorrang vor einer formellen Betreuung durch Personal der ambulanten Pflegeorganisation einzuräumen. Zu vermuten ist: Das Pflegepersonal hat keine Einsätze durchgeführt, die ausschließlich der Betreuung dienen. Es hat Pflege und Betreuung im Rahmen seiner Pflegeeinsätze verknüpft. Es hat im Rahmen seiner Pflegeeinsätze auch die Betreuung der pflegenden Angehörigen übernommen. Die Zeit pro Pflegeeinsatz ist Zeit, die für die Hauptbeschäftigung, d.h. für die Pflege der pflegebedürftigen Person, reserviert ist und für eine Nebenbeschäftigung, d.h. für die Betreuung der familiären Pflegeperson, nutzbar gemacht werden kann. Gelegenheit zur Betreuung der pflegenden Angehörigen bietet sich, Anwesenheit vorausgesetzt, in begrenztem Maße jeweils zu Beginn, im Verlauf und am Ende eines Pflegeeinsatzes. Die Krankenschwester erzählt: Während der Pflegeeinsätze „schnuddelt“<sup>809</sup> die familiäre Pflegeperson mit der Pflegefachkraft. Wenn das Pflegepersonal ausnahmsweise Einsätze mit doppelter Besetzung durchführe und ihr zu verstehen gebe, dass es sie für die Dauer jenes besonderen Pflegeeinsatzes von der Vereinbarung entbinde, Hilfestellung zu leisten, dann sei sie spätestens nach Ablauf von fünf Minuten erneut anwesend und betreibe Konversation. Auch nach Abschluss der Pflegearbeit ergebe sich mitunter ein persönliches Gespräch zwischen Pflegefachkraft und familiärer Pflegeperson<sup>810</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Die Pflegeeinsätze dauern im Einzelfall „manchmal fünf Minuten/zehn Minuten länger“<sup>811</sup>, als im Normalfall veranschlagt werde. Anzunehmen ist: Jene regelmäßige und in Grenzen gehaltene Überziehung der Zeit pro Pflegeeinsatz ist weder Folge eines Erfordernisses der

---

<sup>807</sup> vgl.: EPI 1 A1: 55f; EPI 1.2: 2f.

<sup>808</sup> vgl.: EPI 1 A1: 12.

<sup>809</sup> ebd.: 81.

<sup>810</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>811</sup> ebd.: 38.

Pflegearbeit, noch Folge einer Begehrlichkeit der pflegenden Angehörigen. Sie ist vermutlich eine freiwillige Leistung des Pflegepersonals, welche sich einzig seinem Wohlbefinden an jenem besonderen Arbeitsplatz verdankt<sup>812</sup>.

Die Krankenschwester ist sich bewusst: Wenn ein auf Seiten der familiären Pflegeperson bestehendes Bedürfnis nach Gesellschaft und Konversation im Rahmen eines Pflegeeinsatzes nach Befriedigung drängt, dann sind Komplikationen des eigenen Arbeitsprozesses die Folge. Die familiäre Pflegeperson konkurriert auf der Ebene des Einzelfalles mit der pflegebedürftigen Person um die Aufmerksamkeit der Pflegekraft. Sie konkurriert auf der Ebene des Fallbestands sowohl mit der Gesamtheit familiärer Pflegepersonen, als auch mit der Gesamtheit pflegebedürftiger Personen um die Aufmerksamkeit der Pflegekraft. Die Pflegekraft ist gefordert, jene Konkurrenz um Aufmerksamkeit zu bearbeiten. Sie ist verpflichtet, Aufmerksamkeit nach fachlichen Notwendigkeiten und organisatorischen Möglichkeiten zu verteilen. Aufmerksamkeit nach persönlichem Belieben zu verteilen, ist ihr als Pflegekraft nicht gestattet.

#### **1.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt**

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? Die Krankenschwester berichtet zum einen: Die pflegende Angehörige habe sowohl häusliche Pflege, als auch Hausarbeit geleistet. Die Krankenschwester erklärt zum anderen: Die pflegende Angehörige erledigt die Hausarbeit selber, ohne die Pflegekräfte um die Übernahme von Tätigkeiten zu bitten, für deren Verrichtung sie nicht zuständig sind<sup>813</sup>. Das Richten des Bettes ist im Falle einer bettlägerigen und pflegebedürftigen Person eine Tätigkeit, die sich einerseits durch ihre Nähe zur Hausarbeit, andererseits durch ihre Nähe zur Pflegearbeit auszeichnet. Anzunehmen ist: Nicht nur die familiäre Pflegeperson, sondern auch das Pflegepersonal hat jene Tätigkeit verrichtet, wenn seiner Ansicht nach die fachliche Notwendigkeit und organisatorische Möglichkeit bestanden hat, jene Tätigkeit im Rahmen eines regulären Pflegeeinsatzes zu erledigen.

### **1.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung**

Die seitens der Krankenschwester in der Erzählzeit formulierten **Prognosen** über die Fallproblematik beziehen sich sowohl auf den **Zustand der zu pflegenden Person**, als

---

<sup>812</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>813</sup> vgl.: ebd.: 80.

auch auf den Zustand der pflegenden Angehörigen. Die Krankenschwester erklärt: Wie sich der Zustand der zu pflegenden Person künftig entwickeln wird, „weiß man nicht“<sup>814</sup>. Einerseits kann eine neuerliche Verschlechterung eintreten<sup>815</sup>, andererseits kann die eingetretene Verbesserung anhalten<sup>816</sup>. Nach Ansicht der Krankenschwester ist der **Zustand der familiären Pflegeperson** in seiner künftigen Entwicklung zum einen von der Zustandsentwicklung auf Seiten der Seniorin und zum anderen von der Unterstützung abhängig, die der Angehörigen im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege gewährt wird. Die Krankenschwester erklärt: Wenn sich der Zustand der zu pflegenden Person erneut verschlechtern würde, dann würde auch die familiäre Pflegeperson erneut leiden. Sie würde in eine Verfassung geraten, in der sie keine Möglichkeiten sehe, ihren „Frust“<sup>817</sup> zu bewältigen. Wenn sich der Zustand der zu pflegenden Person verschlechtern würde und die familiäre Pflegeperson gefordert wäre, die häusliche Pflege tagsüber ohne Unterstützung sicherzustellen, dann wäre eine Überforderung der pflegenden Angehörigen nicht auszuschließen<sup>818</sup>.

Der seitens der Krankenschwester in der Erzählzeit offenbarte **Plan** zur Bearbeitung der Fallproblematik sieht nicht die Beendigung des formellen Pflegeprogramms vor, sondern dessen Fortsetzung bis zum Tod der Seniorin. Die Krankenschwester betont: Am Engagement der Pflegekräfte „wird sich nicht viel ändern“<sup>819</sup>. Die Krankenschwester plant den **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** für den Fall, dass sich der Zustand der zu pflegenden Person und in dessen Folge der Zustand der pflegenden Angehörigen erneut verschlechtert. Sie erklärt: Wenn der Unterstützungsbedarf steige, dann seien die Pflegekräfte gefordert, verstärkt Unterstützung zu leisten, und dann seien sie auch zu einer Verstärkung der Unterstützungsleistungen bereit<sup>820</sup>. Sie betont: Wenn der Unterstützungsbedarf steige, dann sei es nicht nur erforderlich, dass die Pflegekräfte ihre Unterstützung ausbauen, sondern dann werde sich ein Ausbau der Unterstützungsleistungen auch problemlos einrichten lassen<sup>821</sup>.

Die Krankenschwester ist sich gleichwohl der **begrenzten Ausbaufähigkeit des formellen Pflegeprogramms** bewusst: Sie lässt drei Pflegeeinsätze pro Einsatztag als Maximum erscheinen. Sie verdeutlicht, nicht nur den Ausbau, sondern auch den teilweisen **Abbau des formellen Pflegeprogramms** in Erwägung zu ziehen. Sie erklärt: Wenn sich der Zustand der zu pflegenden Person und in dessen Gefolge der Zustand

---

<sup>814</sup> ebd.: 53.

<sup>815</sup> vgl.: ebd.: 52.

<sup>816</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>817</sup> ebd.: 70.

<sup>818</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>819</sup> ebd.: 53.

<sup>820</sup> vgl.: ebd.: 70.

<sup>821</sup> vgl.: ebd.: 70.

der familiären Pflegeperson weiterhin verbessere, dann lasse sich die Anzahl der Pflegeeinsätze pro Woche möglicherweise reduzieren. Jene Zustandsverbesserung antizipierend, erwägt sie nicht, die Anzahl der Pflegeeinsätze pro Woche auf das Minimum zu reduzieren, sondern erwägt, die Pflegekräfte einen Tag pro Woche mit dem Pflegeeinsatz aussetzen zu lassen<sup>822</sup>. Sie liebäugelt mit der Möglichkeit, den Vorrang des familialen Netzwerkes im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege in Zukunft erstens bedingt und zweitens begrenzt zu erweitern.

#### **1.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft**

Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung rekonstruierend, präsentiert die Pflegekraft die Arbeit im Falle einer Seniorin, die sie als pflegebedürftig „wie ein kleines Kind“<sup>823</sup> definiert. Anzunehmen ist: Sie hofft zwar auf einen Pflegeerfolg, hat aber weniger Hoffnung auf Wiederherstellbarkeit selbständig betriebener Körperpflege, als vielmehr Hoffnung auf einstweilige Beherrschbarkeit ausgewählter Gefährdungspotentiale. Sie fühlt sich in einem Fall engagiert, dem sie eine **geringe Lebenserwartung** prophezeit. Sie ist auf den Ernstfall, auf Sterben und Tod der Patientin, in Gedanken vorbereitet. Der Ernstfall ist aber noch nicht eingetreten. Sie sieht sich in einem Fall engagiert, in dem **informelle Pflege** geleistet wird, die sie nicht als verbesserungsbedürftig einstuft, sondern als optimal bewertet<sup>824</sup>. Sie nimmt eine Kumulation von Problemen wahr: Sie begegnet einerseits einer Seniorin, die multimorbid ist, einen Schlaganfall erlitten hat, halbseitig gelähmt ist, an Inkontinenz sowie an Darmträgheit leidet und weitgehend bettlägerig ist. Sie begegnet andererseits einer Tochter, der sie unterstellt, durch die häusliche Pflege belastet zu sein.

---

<sup>822</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>823</sup> EPI 1 A1: 40.

<sup>824</sup> vgl.: ebd.: 7.



### 1.4.1. Handlungsbedingungen

#### 1.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Deutlich wird: **Bedürfnisse** bestehen nicht nur auf Seiten der pflegebedürftigen Person, sondern auch auf Seiten der familiären Pflegeperson.<sup>825</sup> Sie ist bei der Versorgung der Patientin nach eigener Darstellung um Sicherstellung der Körperpflege sowie um Regulierung von Körperfunktionen wie etwa der Verdauungsfunktion bemüht. Sie ist nach eigenen Angaben bestrebt, einer Verschlechterung des Zustands der Patientin vorzubeugen.<sup>826</sup> Sie weiß: Es ist angezeigt, Maßnahmen zu ergreifen, die der Gefahrenabwehr dienen. Angesichts der Bettlägerigkeit droht die Entwicklung einer Lungenentzündung. In Anbetracht der Kombination von Bettlägerigkeit und Inkontinenz besteht erhöhte Gefahr einer Dekubitusbildung. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft unterstellt **der pflegebedürftigen Person** ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft unterstellt **der familiären Pflegeperson** ein sich in der Beziehung zu der pflegebedürftigen Person niederschlagendes Bedürfnis nach sozialer Bindung. Die Pflegekraft weiß: Das jahrelang, zeitweilig sogar „Tag und Nacht“<sup>827</sup> währende pflegerische Engagement der familiären Pflegeperson lässt auch auf verletzte Bedürfnisse schließen. Die Pflegekraft unterstellt der familiären Pflegeperson vermutlich ein unbefriedigtes Bedürfnis nach Schlaf und ein durch Schlaf allein nicht zu befriedigendes Bedürfnis nach Erholung. Die Pflegekraft nimmt möglicherweise auch an: Das auf Seiten der familiären Pflegeperson bestehende Bedürfnis nach Gesellschaft lässt sich unter den gegebenen Umständen in den familiären Beziehungen nur begrenzt befriedigen. Die Zeit, in der die familiäre Pflegeperson an der pflegebedürftigen Person Pflege leistet, ist sowohl Zeit, die sie in Gesellschaft der in ihrer Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigten pflegebedürftigen Person verbringt, als auch Abzug von Zeit, die sie in Gesellschaft des Ehemannes verbringen könnte. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Auf Seiten der familiären Pflegeperson besteht ein zeitweilig unbefriedigtes Bedürfnis nach Sicherheit in der häuslichen Pflege. Die familiäre Pflegeperson hat nicht nur „Angst“, die Mutter zu verlieren und deren Sterben alleine zu erleben<sup>828</sup>, sondern hat auch die Befürchtung, im häuslichen Pflegeprozess Fehler zu begehen.

---

<sup>825</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1.; Kapitel 1.2.1.2.; Kapitel 1.2.2.2. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>826</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>827</sup> EPI 1 A1: 6.

<sup>828</sup> vgl.: ebd.: 15.

Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie nimmt zum einen **Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln**, zum anderen **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahr.<sup>829</sup> Sie registriert: Bedarf an Hilfestellung besteht sowohl auf Seiten der pflegebedürftigen Person, als auch auf Seiten der familiären Pflegeperson. Den **auf Seiten der zu pflegenden Person** bestehenden Hilfebedarf prüfend, stellt sie fest: Es besteht ein extrem hoher Pflegebedarf. Die pflegebedürftige Person benötigt „Tag und Nacht“<sup>830</sup> Pflege. Sie geht von der Annahme aus: Es besteht Bedarf an formeller und informeller Pflege. Sie unterstellt einen sinkenden Bedarf an formeller Pflege in Sachen Sicherstellung der häuslichen Pflege am Wochenende: Sie gelangt im Verlauf der Fallbearbeitung zu der Auffassung, dass am Wochenende kein Bedarf an formeller Pflege mehr besteht. Sie unterstellt einen konstant bleibenden Bedarf an formeller Pflege in Sachen Sicherstellung der häuslichen Pflege an den verbleibenden Wochentagen. Sie hält ein formelles Pflegeprogramm mit einem Pflegeeinsatz pro Einsatztag, mit anfangs sieben Einsatztagen pro Woche, mit anschließend fünf Einsatztagen pro Woche für angezeigt. Den **auf Seiten der familiären Pflegeperson** bestehenden Hilfebedarf prüfend, erkennt sie Bedarf an Übernahme von Pflegeleistungen und Bedarf an formeller Pflegeberatung an. Sie hält sowohl eine Aufklärung über Pflege Techniken und technische Pflegehilfsmittel, als auch eine Aufklärung über Maßnahmen zur Gestaltung der informellen Pflegebeziehung für angezeigt. Sie unterstellt: Die familiäre Pflegeperson braucht nicht nur eine befristete Auszeit von der Pflege, sondern benötigt auch eine „seelische Betreuung“<sup>831</sup>.

#### 1.4.1.2 Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft weiß um die Existenz von **Familienbeziehungen**.<sup>832</sup> Die pflegebedürftige Person lebt mit der familiären Pflegeperson, der Tochter, in einer Haushaltsgemeinschaft. Zu jener Haushaltsgemeinschaft zählt auch der Ehemann der familiären Pflegeperson. Die Pflegekraft nimmt vermutlich an: Die Beziehung zwischen der pflegebedürftigen Person und der familiären Pflegeperson ist sowohl von **räumlicher Nähe** als auch von **sozialer Nähe** gekennzeichnet. Die pflegebedürftige Person und die familiäre Pflegeperson stehen, in einer Haushaltsgemeinschaft lebend, alltäglich in Kontakt. Die Pflegekraft ist vermutlich auch der Annahme: Die Beziehung zwischen der

---

<sup>829</sup> siehe Kapitel 1.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit

<sup>830</sup> EPI 1 A1: 6.

<sup>831</sup> ebd.: 11.

<sup>832</sup> siehe Kapitel 1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

pflegebedürftigen Person und der familiären Pflegeperson ist von **emotionaler Nähe** geprägt. Zwischen pflegebedürftiger Person und familiärer Pflegeperson besteht nach Aussage der Pflegekraft „ein gutes Verhältnis“<sup>833</sup>. Aus Sicht der Pflegekraft wird jene Beziehung durch das Dominanzstreben der pflegebedürftigen Person nicht beeinträchtigt.<sup>834</sup>

Das **familiäre Engagement**, das in den Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege einfließt, ist nach Angaben der Pflegekraft in erster Linie ein Engagement der zur Haushaltsgemeinschaft zählenden Angehörigen: Zentralfigur ist nach Darstellung der Pflegekraft die familiäre Pflegeperson.<sup>835</sup> Die Pflegekraft geht vermutlich von der Annahme aus: Die familiäre Pflegeperson engagiert sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege einerseits auf Basis eines Gefühls von Zuneigung, andererseits auf Basis eines Gefühls von selbstverständlicher Verpflichtung zu familialem Engagement. Die Pflegekraft weiß zu berichten: Die familiäre Pflegeperson hat die Bereitschaft erklärt, als Ausgleich für jene Unterstützung, die sie in der Vergangenheit von Seiten der Mutter erhalten hat, ihrerseits die Mutter in Gegenwart und Zukunft zu unterstützen.<sup>836</sup> Das Engagement der familiären Pflegeperson umfasst nach Auskunft der Pflegekraft die Beteiligung an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** und die **Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen**. Die familiäre Pflegeperson hat nach Aussage der Pflegekraft zumindest zeitweise „Tag und Nacht“<sup>837</sup> Pflege geleistet. Das Engagement der familiären Pflegeperson wird nach Darstellung der Pflegekraft durch das Engagement des Ehepartners stabilisiert: Er leistet nach Angaben der Pflegekraft informelle Unterstützung.<sup>838</sup> Die Pflegekraft sieht keine Veranlassung, das Engagement der familiären Pflegeperson zu beanstanden. Es sind nach Aussage der Pflegekraft **keine Qualitätsmängel** erkennbar.<sup>839</sup> Die familiäre Pflegeperson hat es nach Angaben der Pflegekraft weder in der Zeit während der Pflegeeinsätze, noch in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen an Mitarbeit fehlen lassen.<sup>840</sup> Die Pflegekraft ist der Ansicht: Die familiäre Pflegeperson ist einer extrem hohen „**Belastung**“<sup>841</sup> ausgesetzt, die sich als Folge der informellen Pflege bewerten lässt.<sup>842</sup>

---

<sup>833</sup> EPI 1 A1: 69.

<sup>834</sup> siehe Kapitel 1.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>835</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>836</sup> siehe Kapitel 1.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit

<sup>837</sup> EPI 1 A1: 6.

<sup>838</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>839</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1.; Kapitel 1.2.1.2 und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>840</sup> siehe Kapitel 1.2.1.2.; Kapitel 1.2.2.3. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>841</sup> EPI 1 A1: 26; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>842</sup> siehe Kapitel 1.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

#### 1.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis formelle Unterstützung zu leisten, sind, strukturell bedingt, begrenzt.<sup>843</sup> Begrenzungen liegen einerseits in der quantitativen Personalstruktur begründet: Zwei Personen bilden das Stammpersonal. Sie verkörpern anderthalb Arbeitskraft. Begrenzungen liegen andererseits in der qualitativen Personalstruktur begründet: Das Stammpersonal setzt sich ausschließlich aus Personal zusammen, das in der Krankenpflege ausgebildet ist. Begrenzt sind die Möglichkeiten des Pflegepersonals, **Pflegeleistungen** zu übernehmen. Deutlich wird: Die **Leistungsinhalte** unterliegen Beschränkungen. Formelle Pflegeleistungen sind auf den Körper der pflegebedürftigen Person zentriert. Formelle Pflege umfasst im Bedarfsfall die Körperpflege, die sich nicht nur als Teilkörperpflege, sondern auch als Ganzkörperpflege einrichten lässt. Sie umfasst im Bedarfsfall ferner die körperliche Untersuchung, das Drehen und Lagern des Körpers und die körperliche Mobilisation. Die körperliche Aktivierung eines Patienten lässt sich aus Sicht der Pflegekraft in Grenzen einrichten: nicht aber dessen geistige Aktivierung.<sup>844</sup> Deutlich wird ferner: Auch die **Zeiten der Leistungserbringung** unterliegen Beschränkungen. Formelle Pflegeleistungen, im Rahmen von Pflegeeinsätzen erbracht, sind an die Arbeitszeiten des Pflegepersonals gebunden. Die Einsatztage pro Woche, die Einsätze pro Einsatztage und die Zeit pro Einsatz sind begrenzt variable Größen.

- Die **Einsatztage** lassen sich nicht beliebig auf die Woche verteilen. Die Woche besteht aus normalen Einsatztagen, d.h. aus Tagen, an denen Einsätze üblicherweise geleistet werden (Montag bis Freitag), und aus außerordentlichen Einsatztagen, d.h. aus Tagen, an denen Einsätze nur im Notfall durchgeführt werden (Samstag und Sonntag). Am Wochenende ist ein „Hintergrunddienst“<sup>845</sup> eingerichtet: Es besteht Einsatzbereitschaft. Deutlich wird: Im Pflegefall lassen sich bedarfsweise Einsätze an sieben Tagen pro Woche durchführen.
- Die Einsätze lassen sich auch nicht beliebig auf einen Einsatztage verteilen: Das Pflegepersonal kann unter Umständen zwar (regelmäßig) Pflegeeinsätze zu ausgewählten Tageszeiten durchführen, kann aber keineswegs (regelmäßig)

<sup>843</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>844</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>845</sup> EPI 1 A1: 20.

Pflegeeinsätze zur Nachtzeit absolvieren. Die Zahl der **Einsätze pro Einsatztag** lässt sich nur begrenzt erhöhen. Ein Einsatz pro Einsatztag ist normal. Die Bearbeitung des Abführproblems macht deutlich: An ausgewählten Einsatztagen sind bei Bedarf zwei Einsätze im Einzelfall machbar. Die Bearbeitung des Inkontinenzproblems verdeutlicht: Fünf Pflegeeinsätze pro Einsatztag wären auf Dauer nicht machbar.<sup>846</sup>

- Die **Zeit pro Einsatz** lässt sich nur begrenzt ausdehnen: Das Pflegepersonal kann im Pflegefall unmöglich Pflegeeinsätze durchführen, die vierundzwanzig Stunden währen. Pflegeeinsätze von mehrstündiger Dauer sind nach Aussage der Pflegekraft „auf die Dauer nicht“<sup>847</sup> machbar. Im Einzelfall kann nach Angaben der Pflegekraft „ungefähr eine halbe Stunde bis vierzig Minuten“<sup>848</sup> pro Einsatz reserviert werden. Die Bearbeitung des Abführproblems macht deutlich: Eine Überschreitung der Zeit pro Einsatz ist nach Möglichkeit zu vermeiden, da die Einsätze eines Einsatztages als „Runde“<sup>849</sup> organisiert sind.

Begrenzt sind auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, **pflegenahe Leistungen** zu erbringen. Das Pflegepersonal kann weder eine medizinische, noch eine psychologische Behandlung übernehmen: beides Leistungen, die sich zwar durch Pflegenähe auszeichnen können, aber die fachlichen Kompetenzen einer Pflegekraft übersteigen. Das Pflegepersonal kann bedingt pflegenahe Leistungen versehen, die die fachlichen und alltagspraktischen Kompetenzen einer Pflegekraft nicht überschreiten. Deutlich wird: Das Pflegepersonal kann in begrenztem Umfang **pflegenahe Beratungsleistungen** übernehmen.<sup>850</sup> Es kann im Rahmen der Pflegeberatung beispielsweise über Möglichkeiten der Vermeidung und Bearbeitung von Pflegeproblemen aufklären. Ein psychosoziales Problem wie etwa die Dominanz eines älteren Familienmitgliedes wahrnehmend, kann es sowohl auf die Möglichkeit individueller Selbsthilfe, als auch auf die Möglichkeit einer psychologischen Behandlung verweisen. Die Pflegekraft verdeutlicht, im Einzelfall eine Angehörige zu erleben, die sich beraten lässt, weiß aber auch, dass sich Belehrbarkeit von Angehörigen nicht voraussetzen lässt. Nach Darstellung der Pflegekraft hat das Pflegepersonal begrenzte Möglichkeiten, **pflegenahe Betreuungsleistungen** zu erbringen.<sup>851</sup> Es kann im Rahmen eines Pflegeeinsatzes

---

<sup>846</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>847</sup> EPI 1 A1: 55.

<sup>848</sup> ebd.: 72.

<sup>849</sup> ebd.: 24.

<sup>850</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>851</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

soziale Betreuung durch Konversation sowie „seelische Betreuung“<sup>852</sup> durch Trost und Ermunterung bieten. Sowohl die Grenzen zwischen sozialer und seelischer Betreuung als auch die Grenzen zwischen Betreuung und Beratung sind fließend. Das Pflegepersonal kann in begrenztem Umfang vermutlich auch **pflegenahe Hausarbeiten** übernehmen.<sup>853</sup> Anzunehmen ist: Pflegenahe Hausarbeiten im Rahmen eines Pflegeeinsatzes verrichtend, versieht es nach Erledigung der Pflegearbeit etwa Aufräumarbeiten, die auf den eigenen Arbeitsplatz und auf den eigenen Arbeitsprozess beschränkt bleiben.

Nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die pflegebedürftige Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die familiäre Pflegeperson zu unterstützen, sind, strukturell bedingt, begrenzt. Der Pflegeeinsatz lässt sich nach Darstellung der Pflegekraft nicht nur als Angebot zur Pflege der pflegebedürftigen Person, sondern auch als Angebot zur Unterstützung pflegender Angehöriger definieren. Die Pflegekraft kann den Pflegeeinsatz nutzen, um pflegende Angehörige in Grenzen zu unterstützen: sei es durch Übernahme von Pflegeleistungen, sei durch Übernahme von pflegenahen Beratungsleistungen, sei es durch Übernahme von pflegenahen Betreuungsleistungen.<sup>854</sup>

- Möglich ist: Sie verrichtet die im Verlauf des Pflegeeinsatzes anfallenden Pflegeleistungen **alleine**. Sie bietet familiären Pflegepersonen derweil eine Auszeit von informeller Pflege, die auf die Dauer des Pflegeeinsatzes beschränkt bleibt. Möglich ist auch: Sie verrichtet die im Verlauf eines Pflegeeinsatzes anfallenden Pflegeleistungen **nicht alleine**. Sie bietet familiären Pflegepersonen für die Dauer des Pflegeeinsatzes zwar keine Auszeit von informeller Pflege, kann Angehörige aber Pflegeleistungen übernehmen lassen, die sie körperlich leichter Pflegearbeit zurechnet, während sie selber Pflegeleistungen erledigt, die sie körperlich schwererer Pflegearbeit zuordnet. Nach Angaben der Pflegekraft ist es für das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes „auf keinen Fall“<sup>855</sup> leistbar, pflegende Angehörige für die Dauer eines Urlaubs zu vertreten.
- Die Pflegekraft verdeutlicht, begrenzte Möglichkeiten zu haben, pflegenden Angehörigen im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes soziale Betreuung durch

---

<sup>852</sup> EPI 1 A1: 11.

<sup>853</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>854</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3; Kapitel 1.2.2.5.1.; Kapitel 1.2.2.5.2. und Kapitel 1.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>855</sup> EPI 1 A1: 55.

Konversation zu bieten. Möglicherweise kommuniziert sie mit pflegenden Angehörigen im Verlauf eines Pflegeeinsatzes auch über Belastungen in der häuslichen Pflege.<sup>856</sup> Bietet sie ihnen derweil „seelische Betreuung“<sup>857</sup> und/oder Beratung? Sie kann über Möglichkeiten aufklären, sich Entlastung<sup>858</sup> zu verschaffen: durch Einsatz technischer Pflegehilfsmittel und Anwendung rückschonender Pflege Techniken, durch Förderung der familiären Kommunikation über Belastungen häuslicher Pflege, durch innerfamiliäre Reorganisation häuslicher Pflege, durch Organisation von Spielräumen in der informellen Pflegebeziehung, durch psychologische Behandlung.

#### 1.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Das Engagement des Pflegepersonals ist ein Engagement formeller Art. Das Pflegepersonal hat den im Rahmen der Pflegeausbildung geprägten und im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation rechtlich verankerten Auftrag, sich im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege pflegebedürftiger Senioren zu beteiligen. Um jenen Auftrag zu erledigen, hat es diverse **Pflichten** zu erfüllen.<sup>859</sup> Es hat erstens die Verpflichtung, **Pflegearbeit** zu verrichten. Genauer gesagt: Es ist nicht gefordert, Wünsche nach Pflege zu erfüllen. Es ist vielmehr bedingt gefordert, Bedarf an Pflege zu bearbeiten. Wenn es den Wunsch nach formeller Pflege wahrnimmt und Bedarf an formeller Pflege anerkennt, dann ist es seine Pflicht, im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten. Es ist zweitens gefordert, **Koordinationsarbeit** zu leisten: auch in Interaktionen mit Angehörigen pflegebedürftiger Personen. Wenn Angehörige eine Bitte um formelle Unterstützung artikulieren, dann ist das Pflegepersonal gefordert, eine Bedarfsprüfung vorzunehmen. Wenn es im Rahmen einer Bedarfsprüfung Bedarf an Unterstützung feststellt, dann ist es gehalten, sich mit Angehörigen auf die Bedarfsbearbeitung zu verständigen. Es hat zu prüfen: Ist die Bitte um formelle Unterstützung berechtigt? Besteht Bedarf an Pflege? Lässt sich der Bedarf an Pflege durch informelle Pflege decken? Bedarf es formeller Pflege? Besteht Bedarf an formeller Pflegeberatung? Es hat zu klären: Wie soll die Aufgabenverteilung aussehen? Welche Pflegeleistungen übernehmen die Angehörigen und welche

---

<sup>856</sup> vgl.: EPI 1.2: 3.

<sup>857</sup> EPI 1 A1: 11.

<sup>858</sup> EPI 1.2: 3.

<sup>859</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1.; Kapitel 1.2.1.2.; Kapitel 1.2.2.3.; Kapitel 1.2.2.5.1. und Kapitel 1.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegeleistungen bleiben dem Pflegepersonal überlassen? Was sind Zeiten informeller Pflege? Was sind Zeiten formeller Pflege? Ist es realistisch, auf eine Verbesserung des Zustands der Patientin zu hoffen? Die Pflegekraft hat drittens die Pflicht zur **Fehlerarbeit**: Sie ist sowohl in der Phase der Fallauswahl als auch in der Phase der Fallbearbeitung gefordert, Fehler zu vermeiden und Fehler zu bearbeiten, die für die pflegebedürftige Person folgeschwer sein können. Ist die pflegebedürftige Person bettlägerig, kann sich jederzeit ein Dekubitus bilden. Ist die pflegebedürftige Person zusätzlich inkontinent, ist die Gefahr einer Dekubitusbildung erhöht. Ein Dekubitus kann sich zu einer für einen Patienten folgeschweren Komplikation entwickeln. Folglich ist es angezeigt, Dekubitusprophylaxe zu betreiben. Würde die Pflegekraft es unterlassen, Dekubitusprophylaxe zu betreiben, würde sie einen Handlungsfehler begehen. Das Pflegepersonal hat viertens die Pflicht, seine Arbeitskraft zu wahren. Jener Verpflichtung entspricht einerseits ein **Recht auf Freizeit**, das sich am Ende des Arbeitstages und am Wochenende verwirklichen lässt, andererseits ein **Recht auf Arbeitserleichterung**, das sich durch Nutzung technischer Pflegehilfsmittel und durch Nutzung persönlicher Hilfestellung realisieren lässt.<sup>860</sup> Es steht im Einzelfall ein Krankenhausbett und eine informelle Hilfskraft zur Verfügung. Die pflegende Angehörige gilt als unkompliziert und leistet in der Zeit während der Pflegeeinsätze Hilfestellung.

Sich im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege pflegebedürftiger Senioren zu beteiligen, ist der **Hauptauftrag** des Pflegepersonals. Es hat einen im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation verankerten **Nebenauftrag**, der sich im Sinne jenes Hauptauftrags nutzen lässt: Es ist bedingt verpflichtet, den Fahrdienst zum Altenclub zu übernehmen, um im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der sozialen Betreuung ausgewählter Senioren mitzuwirken. Die Pflegekraft ist gefordert, die Beförderung zum Altenclub zu übernehmen, wenn sie zu der Auffassung gelangt: Eine ältere Person ist von sozialer Isolation und/oder von Vereinsamung bedroht oder betroffen, wünscht die Teilnahme am Altenclub, ist in ihrer körperlichen Beweglichkeit zwar beeinträchtigt, aber transportfähig.<sup>861</sup> Wenn die zu befördernden Senioren bereits Pflegeleistungen des gemeindlichen Pflegedienstes in Anspruch nehmen, dann eröffnet die Übernahme des Fahrdienstes zum Altenclub die Chance, dass sich Störungen des Pflegeprozesses durch unbefriedigte Bedürfnisse nach Sozialkontakt begrenzen lassen. Wenn die zu befördernden Senioren hingegen noch keine Pflegeleistungen beanspruchen, dann eröffnet der Fahrdienst zum Altenclub

---

<sup>860</sup> siehe Kapitel 1.2.1.2 und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>861</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



die Chance, dass eine Bitte um formelle Pflege nicht erst in einer Phase hohen Pflegebedarfs, sondern bereits in einer Phase niedrigen Pflegebedarfs artikuliert wird.

#### 1.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Die Pflegekraft ist sich bewusst: Nicht nur Pflegekräfte, sondern auch pflegende Angehörige haben ein **Recht auf Freizeit**. Die Pflegekraft ist sich ferner bewusst: Pflegende Angehörige können jenes Recht auf Freizeit nur begrenzt realisieren, soll die Pflege im häuslichen Kontext bewältigt werden. Anzunehmen ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft bedingt verpflichtet, sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** zu beteiligen.<sup>862</sup> Die Pflegekraft hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen mit der Pflegekraft Kontakt aufnehmen und eine Bitte um formelle Unterstützung formulieren, wenn sie glauben, dass es zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege jener formellen Unterstützung bedarf, welche die Pflegekraft bietet. Sie sollen es der Pflegekraft überlassen, jene Bitte um formelle Unterstützung abschließend zu bearbeiten: den Bedarf an formeller Unterstützung zu bestimmen sowie die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Pflegeorganisation zu prüfen, formelle Unterstützung zu leisten. Anzunehmen ist ferner: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft auch bedingt gefordert, sich an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen.<sup>863</sup> Die Pflegekraft unterhält vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen vorrangig vor formeller Pflege und gemäß formeller Pflegeberatung informelle Pflege leisten. Angehörige sollen, sei es ohne Anleitung, sei es mit Anleitung, bei Bedarf Pflegeleistungen übernehmen, die sich aus Sicht der Pflegekraft auch von Personen ausführen lassen, die keine Pflegeausbildung besitzen. Dazu zählt die Pflegekraft Leistungen wie die Körperpflege, das Füttern und das Lagern einer bettlägerigen Person. Zu unterstellen ist: Die seitens der Pflegekraft gehegten Ansprüche an informelle Pflege betreffen nicht nur **informelle Pflegeleistungen**, sondern auch **Zeiten informeller Pflege**. Pflegende Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft verpflichtet, in Zeiten **zwischen** den Einsätzen des Personals bedarfsweise Pflege zu leisten. Sie sollen möglichst die außerhalb der regulären Arbeitszeiten des Personals zu erbringende Pflege sicherstellen: die Pflege zur Nachmittagszeit, die Pflege zur Abendzeit, die Pflege zur Nachtzeit und die Pflege am Wochenende. Die Pflegekraft hegt möglicherweise auch den Anspruch: Angehörige

---

<sup>862</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>863</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. und Kapitel 1.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

sollen in der Zeit **während** eines Einsatzes mitarbeiten, soweit sie das als nötig und möglich betrachtet. Unterhält die Pflegekraft in Sachen informeller Pflege auch Ansprüche an die **Wahl der familiären Pflegeperson**? Welche Angehörigen sollen nach Ansicht der Pflegekraft informelle Pflege leisten? Sollen nur im Haushalt lebende Angehörige Pflegeleistungen verrichten? Sollen nur Angehörige weiblichen Geschlechts Pflegeleistungen übernehmen? Sollen nur Angehörige Pflege leisten, die in Interaktionen mit älteren Familienmitgliedern emotionale Nähe erkennen lassen? Die Pflegekraft legt sich nicht fest.

#### 1.4.1.6 Fehler: Möglichkeit und Fakt

Niemand ist davor gefeit, versehentlich einen **Fehler** zu begehen: auch die Pflegekraft nicht. Fehler gehören zum Alltag: auch zum Alltag in der ambulanten Pflege. Die Pflegekraft weiß um heterogene **Fehlermöglichkeiten**. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Es besteht jederzeit die Möglichkeit, dass sie aus Versehen einen **Deutungsfehler** begeht.

- Als interpretationsbedürftige Größe ist der **Bedarf an formeller Unterstützung** anfällig für Deutungsfehler.<sup>864</sup> Die Pflegekraft muss sich zwischen Deutungsalternativen entscheiden: Bedarf es im Rahmen der Bearbeitung eines Pflegeproblems notfallmäßig formeller Pflege? Ist formelle Pflege am Wochenende geboten? Ist die Einstellung formeller Pflege am Wochenende statthaft? Ist der Bedarf an formeller Hilfe beim Waschen gesunken? Ist der Bedarf an formeller Pflege im Rahmen der Bearbeitung des Problems mit der Inkontinenz gestiegen? Besteht im Rahmen der Bearbeitung des Problems mit der Darmträgheit Bedarf an formeller Pflege und/oder Bedarf an formeller Pflegeberatung?
- Die **Belastung von Angehörigen** und die **Belastung von Familienbeziehungen** sind als interpretationsbedürftige Größen nicht minder anfällig für Deutungsfehler.<sup>865</sup> Konflikte zwischen Familienmitgliedern, seien es Konflikte zwischen pflegebedürftiger Person und familiärer Pflegeperson, seien es Konflikte zwischen familiärer Pflegeperson und Ehemann, sind für die Pflegekraft nur begrenzt wahrnehmbar. Wenn die Pflegekraft im Rahmen der

---

<sup>864</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>865</sup> siehe Kapitel 1.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegeeinsätze bestenfalls begrenzte Möglichkeiten hat, Einblicke in die Familienbeziehungen zu gewinnen und Einblicke in das Leben einzelner Familienmitglieder zu erhalten, dann hat sie allenfalls begrenzte Möglichkeiten, Belastungen von Angehörigen zu erfassen. Es besteht somit jederzeit die Möglichkeit, Belastungen von Angehörigen und Belastungen von Familienbeziehungen falsch einzuschätzen.

Die Pflegekraft ist sich auch bewusst: Es besteht jederzeit die Möglichkeit, dass sie aus Versehen einen **Handlungsfehler** begeht. Die Pflegekraft verdeutlicht, Fehler nicht nur als Möglichkeit antizipiert zu haben, sondern **Fehler** auch als **Faktum** erlebt zu haben. Sie hat nach eigener Aussage selber einen Handlungsfehler in der Kommunikation mit der Angehörigen begangen. Sie hat es nach eigenen Angaben im Rahmen der Koordinationsarbeit versäumt, die Angehörige rechtzeitig über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufzuklären.<sup>866</sup>

#### 1.4.2. Handlungsziele

Die Pflegekraft ist vermutlich bestrebt, dazu beizutragen, die **Lebensqualität** der Patientin soweit wie möglich zu sichern: der Patientin einerseits ein solange wie möglich währendes Leben in der eigenen Häuslichkeit, andererseits ein Sterben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft registriert zwei Gefährdungspotentiale. Erstens kann sich der körperliche Zustand der pflegebedürftigen Person jederzeit in lebensbedrohlicher Weise verschlechtern. Es besteht die Gefahr eines erneuten Schlaganfalls, die Gefahr einer Lungenentzündung bei Bettlägerigkeit und die erhöhte Gefahr einer Dekubitusbildung, wenn Inkontinenz und Bettlägerigkeit zusammentreffen. Zweitens ist das familiäre Engagement gefährdet. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Zwar besteht trotz der mit der häuslichen Pflege verbundenen Belastungen **nicht die Gefahr eines Abbruchs der informellen Pflege**. Es besteht keine Veranlassung, an der Bereitschaft der pflegenden Angehörigen zu zweifeln, die häusliche Pflege bis zum Tod der pflegebedürftigen Person fortzusetzen. Aber wegen der mit der häuslichen Pflege verbundenen Belastungen besteht erhöhte **Gefahr eines Ausfalls der familiären Pflegeperson**. Die pflegende Angehörige kann jederzeit ausfallen, sei es krankheitsbedingt, sei es erschöpfungsbedingt.<sup>867</sup> Wenn es in der Phase mit extrem hoher Pflegebedürftigkeit zu einem Ausfall der familiären

---

<sup>866</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>867</sup> siehe Kapitel 1.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegeperson kommt, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege gefährdet. Anzunehmen ist: Bei Ausfall der familiären Pflegeperson bleibt die familiäre Pflegerolle vakant. Weder auf der Ebene des familialen Netzes, noch auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation gibt es eine Ersatzlösung.

Zu unterstellen ist das Bestreben der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern.<sup>868</sup> Sicherheit für Leib und Leben der pflegebedürftigen Patientin soll soweit wie möglich gewährleistet werden. Komplikationen sollen nach Möglichkeit abgewehrt werden. Eine Verschlechterung ihres körperlichen Zustands soll möglichst vermieden werden. Der körperliche Zustand der pflegebedürftigen Person soll nach Möglichkeit verbessert werden. Zu unterstellen ist ferner das Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern.<sup>869</sup> Soweit möglich soll nicht nur die Arbeitskraft auf Seiten des Personals, sondern auch die Arbeitskraft auf Seiten der familiären Pflegeperson gewahrt werden. Die pflegende Angehörige soll nach Möglichkeit entlastet werden. Entlastung ist nach Darstellung der Pflegekraft sowohl durch Einsatz eines technischen Pflegehilfsmittels, als auch durch Übernahme von Pflegeeinsätzen möglich. Während im Falle des Einsatzes eines technischen Pflegehilfsmittels beide Parteien, Angehörige und Pflegepersonal, gleichermaßen entlastet werden können, ist im Falle der Übernahme des Pflegeeinsatzes die Entlastung der Angehörigen mit der Belastung des Pflegepersonals verwoben. Die Pflegekraft ist sich der Begrenztheit der Möglichkeiten bewusst, Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten. Die Pflegekraft ist vermutlich bestrebt gewesen, das Engagement der Angehörigen nicht nur zu wahren, sondern auch zu mehren. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat zwecks Bearbeitung des Problems mit der Darmträgheit einerseits formelle Pflegeberatung, andererseits formelle Pflege geleistet. Formelle Pflegeberatung leistend, hat sie versucht, eine informelle Pflegeleistung zu fördern: Sie hat der Angehörigen zur Verabreichung oraler Abführmittel geraten. Sie hat die Angehörige nicht zur Verabreichung eines Klistiers angeleitet. Sie hat vermutlich unterstellt: Nicht die Anforderung zur Verabreichung oraler Abführmittel, sondern die Anforderung zur Verabreichung eines Klistiers führt zu einer Überforderung der Angehörigen. Ließe sich das Problem mit der Darmträgheit durch jene informelle Pflegeleistung (Verabreichung oraler Abführmittel) bewältigen, bliebe der Pflegekraft erspart, einen gesonderten Pflegeeinsatz zu absolvieren, um zwecks Bearbeitung des Problems mit der Darmträgheit eine formelle Pflegeleistung (Verabreichung eines Klistiers) zu erbringen. Nach Darstellung der Pflegekraft soll eine Vergeudung von Arbeitskraft auf Seiten des

---

<sup>868</sup> siehe Kapitel 1.2.1.2 und Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>869</sup> siehe Kapitel 1.2.1.2 und Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Personals möglichst vermieden werden.<sup>870</sup> Nach Möglichkeit sollen aus Sicht der Pflegekraft nicht mehr Einsätze als nötig geleistet werden. Nach Möglichkeit soll nach Auffassung der Pflegekraft auch nicht mehr Personal pro Einsatz eingeplant werden, als nötig ist.

Die Pflegekraft verweist auch auf das eigene Bemühen, die **Qualität des Arbeitsklimas** zu sichern.<sup>871</sup> Die Pflegekraft hat nach eigenem Bekunden versucht, der familiären Pflegeperson Einblick in Zielsetzungen ambulanter Pflege zu geben, ohne Hoffnungen zu wecken, die zu erfüllen, sie nicht garantieren kann. Sie hat sich nach eigener Darstellung bemüht, die familiäre Pflegeperson rechtzeitig über Regeln eines Personaleinsatzes aufzuklären, um keine Hoffnungen zu wecken, die zu enttäuschen, sie sich gezwungen sehen müsste. Nach eigenen Angaben hat sie sich bietende Gelegenheiten genutzt, die Angehörige über die Begrenztheit der Organisationsressourcen aufzuklären.

### 1.4.3. Handlungsstrategien

#### 1.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat, ein formelles Pflegeprogramm einrichtend, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **begrenzt**.<sup>872</sup> Sie hat sowohl die Arbeitszeiten, als auch die Arbeitsleistungen beschränkt: Sie hat vierzig Minuten Zeit pro Einsatz reserviert. Sie hat jene Einsatzzeit erstens für jeweils einen Einsatz pro Einsatztag vorgemerkt: für einen Einsatz zur Vormittagszeit. Sie hat jene Einsatzzeit zweitens an allen regulären Einsatztagen (Montag bis Freitag) freigehalten: übergangsweise auch an außergewöhnlichen Einsatztagen (Samstag und Sonntag). Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen wie die Hilfe beim Waschen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes vermutlich mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: Sie hat wahrscheinlich pflegenahе Beratungsleistungen, pflegenahе Betreuungsleistungen wie die Konversation und pflegenahе Hausarbeiten wie das Richten des Bettes im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes teils zeitgleich, teils zeitversetzt zu Pflegeleistungen erbracht.<sup>873</sup> Sie macht deutlich: Sie hat auch die Personalmenge pro Einsatz beschränkt. Sie hat ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz eingeplant.

---

<sup>870</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>871</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>872</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>873</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.2.; Kapitel 1.2.2.5.3. und Kapitel 1.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat sich bemüht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals auf ein aus ihrer Sicht **rechtes Maß** zu begrenzen.<sup>874</sup> Sie hat ihre Aufmerksamkeit auf den Auftrag gerichtet, bedingt Pflegearbeit zu leisten. Sie hat **Bedarfsprüfungen** durchgeführt. Sie hat die Notwendigkeit geprüft, im Einzelfall formelle Pflege zu leisten: Besteht Pflegebedarf? Lässt sich der Bedarf an Pflege durch informelle Pflege decken? Besteht Bedarf an formeller Pflege? Wenn sie die Notwendigkeit anerkannt hat, im Einzelfall formelle Pflege zu leisten, dann hat sie die Möglichkeit geprüft, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation formelle Pflege zu leisten, um den Bedarf an formeller Pflege zu decken. Sie ist vermutlich zu der Auffassung gelangt: Es ist sowohl nötig als auch möglich, Pflegeeinsätze zur Vormittagszeit einzurichten. Es ist möglich, aber möglicherweise unnötig, formelle Pflege im Rahmen der Behandlung der Darmträgheit zu leisten. Zu vermuten ist: Sie ist bemüht gewesen, das Pflegepersonal **nur soweit** in der Pflegearbeit einzusetzen, wie sie es als **nötig und möglich** erachtet hat. Der Versuch, formelle Pflege nach Möglichkeit erst auf Bitten um formelle Pflege zu leisten, lässt sich als Versuch betrachten, formelles Engagement zu begrenzen und informelles Engagement zu wahren. Die Pflegekraft befürchtet möglicherweise: Wenn sie Unterstützung anbietet, ohne um Unterstützung gebeten worden zu sein, dann schwächt sie die Bereitschaft des familialen Netzwerkes, sich selber zu engagieren, weckt den Wunsch nach formeller Unterstützung und provoziert eine Bitte um formelle Unterstützung.<sup>875</sup>

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat die Bedarfsprüfungen im Verlauf der Fallbearbeitung kontinuierlich durchgeführt. Sie hat die Pflegeeinsätze genutzt, Pflegearbeit und Bedarfsprüfung zu kombinieren. Hat sie ihre Einschätzungen über die Notwendigkeit und Möglichkeit formeller Pflege fortlaufend überprüft, hat sie fortlaufend die Notwendigkeit und Möglichkeit geprüft, das formelle Pflegeprogramm zu verändern: bemüht, das formelle Pflegeprogramm auf Kurs zu halten. Die Pflegekraft hat das formelle Pflegeprogramm nach eigener Aussage im Verlauf der Fallbearbeitung verändert. Sie schließt nicht aus, künftig erneut **Veränderungen am formellen Pflegeprogramm** vorzunehmen.<sup>876</sup>

- Deutlich wird: Sie betrachtet den **Abbau des formellen Pflegeprogramms** als Möglichkeit, in begrenztem Umfang auf die Ermittlung eines gesunkenen Bedarfs an formeller Pflege zu reagieren. Die Pflegeeinsätze am Wochenende sukzessive einstellend, hat sie eine sich bietende Chance genutzt, das formelle Pflegeprogramm abzubauen. Sie plant, eine sich in der Zukunft bietende Chance

---

<sup>874</sup> siehe Kapitel 1.2.1.2 und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>875</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1. und Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>876</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. und Kapitel 1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

zu nutzen, den Abbau des formellen Pflegeprogramms in begrenztem Umfang fortzusetzen und einen weiteren Einsatztag einzusparen. Wenn sie das formelle Pflegeprogramm abbaut, kann sie Kapazitätsreserven schaffen.

- Deutlich wird ferner: Sie betrachtet den **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** als Möglichkeit, in begrenztem Umfang auf die Feststellung eines gestiegenen Bedarfs an formeller Pflege zu reagieren. Sie lässt nicht nur die Bereitschaft erkennen, das formelle Pflegeprogramm gegenwärtig in begrenztem Maße zu erweitern, um bei Bedarf das „Problem mit der Abführerei“<sup>877</sup> zu lösen. Sie zeigt sich auch bereit, das formelle Pflegeprogramm bei künftig steigendem Pflegebedarf in begrenztem Maße zu erweitern. Wenn sie das formelle Pflegeprogramm ausbaut, muss sie Kapazitätsreserven nutzen.

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat nicht nur selber Pflege geleistet, sondern hat auch Pflege leisten lassen. Sich der Strategie des **Personalwechsels** bedienend, hat sie formelle Pflege leisten lassen. Sie hat ferner informelle Pflege leisten lassen.<sup>878</sup> Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Ein ausgewähltes Familienmitglied, die im Haushalt lebende Tochter, hat sich im Verlauf der Fallbearbeitung nicht nur an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung sowohl in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen als auch in der Zeit während der Pflegeeinsätze informelle Pflege geleistet. Das heißt: Formelle und informelle Pflege sind teils zeitgleich erbracht worden. Informelle Pflege ist teils auch zeitversetzt zu formeller Pflege verrichtet worden. Die Pflegekraft hat sich sowohl in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen, als auch in der Zeit während der Pflegeeinsätze auf den **Vorrang informeller Pflege** gestützt. Zu unterstellen ist: Sie hat versucht, die pflegende Angehörige an der Pflegearbeit zu beteiligen, **soweit** sie deren Beteiligung als **nötig und möglich** betrachtet hat. Sie hat die pflegende Angehörige allerdings nicht nur informelle Unterstützung leisten lassen, sondern hat der pflegenden Angehörigen umgekehrt auch in zumindest begrenztem Umfang formelle Unterstützung geboten: Einerseits hat sie formelle Pflege geleistet und hat die familiäre Pflegeperson maximal für die Dauer eines Pflegeeinsatzes von (alleiniger) informeller Pflege freigestellt. Andererseits hat sie die Pflege der pflegebedürftigen Person im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit der Beratung und Betreuung der pflegenden Angehörigen

---

<sup>877</sup> EPI 1 A1: 8.

<sup>878</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

kombiniert, sofern sie deren Beratung und Betreuung als nötig und möglich erachtet hat.<sup>879</sup>

#### 1.4.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat im Rahmen der **Koordinationsarbeit** die Aufmerksamkeit auf den Auftrag konzentriert, bedingt Pflegearbeit zu leisten.<sup>880</sup> Sie hat sowohl im Prozess der Fallauswahl als auch im Prozess der Fallbearbeitung in der **Interaktion mit der Angehörigen** Koordinationsarbeit geleistet. Sie hat **Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm** auf der Basis eines eigenen Prüfverfahrens gefällt. Sie hat **kommunikative Leistungen der Angehörigen** bedingt in eigene Entscheidungsprozesse einfließen lassen. Hat sie kommunikative Leistungen der Angehörigen wahrgenommen, hat sie zeitnah Annahmen über deren Pflegerelevanz aufgestellt: Kommunikative Leistungen von Angehörigen können einerseits auf einen Wunsch nach formeller Pflege, andererseits auf einen Bedarf an formeller Pflege verweisen. Hat sie kommunikativen Leistungen der Angehörigen Pflegerelevanz unterstellt, hat sie, das Einverständnis der Angehörigen unterstellend, eine zeitnahe Bedarfsprüfung vorgenommen.

- Sie hat den **Prozess der Fallauswahl** vermutlich auf Basis der begründeten Annahme eröffnet: Die Angehörigen haben eine Bitte um formelle Pflege formuliert und auf einen Bedarf an formeller Pflege aufmerksam gemacht. Zu vermuten ist: Sie hat jene Bitte um formelle Pflege zum Ausgangspunkt für die eigene Bedarfsermittlung gemacht. Im **Prozess der Fallbearbeitung** hat sie erneut unterstellt: Seitens der Angehörigen sind pflegerelevante Kommunikationsleistungen erbracht worden. Sie hat auf jene Unterstellung mit einer erneuten Bedarfsermittlung reagiert.
- Sie hat im Rahmen der Fallauswahl vermutlich angenommen: Die Angehörigen haben sie, jene Bitte um formelle Pflege formulierend, sozial autorisiert, eine Bedarfsprüfung vorzunehmen. Es lässt sich deren Einverständnis mit einer Bedarfsprüfung unterstellen. Im Rahmen der Fallbearbeitung ist sie vermutlich von der Annahme ausgegangen: Die im Rahmen der Fallauswahl erhaltene soziale Autorisation zur Bedarfsprüfung hat bis auf Widerruf Gültigkeit. Es lässt

---

<sup>879</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.2. und Kapitel 1.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>880</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1.; Kapitel 1.2.1.2. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



sich bedingt fortgesetztes Einverständnis mit fortgesetzter Bedarfsprüfung unterstellen.

Wenn sie im Verlauf der Bedarfsprüfung Bedarf an Pflege anerkannt hat, dann hat sie geprüft: Besteht sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation formelle Pflegearbeit zu leisten? Anzunehmen ist: Sie hat **Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm** nach Abschluss des eigenen Prüfverfahrens möglichst **zeitnah gefällt** und **zeitnah umgesetzt**, sowohl die Grundsatzentscheidung zur Fallübernahme als auch die Detailentscheidungen zur Fallbearbeitung. Anzunehmen ist auch: Sie hat Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm in der Interaktion mit der Angehörigen bedingt als Kommunikationsthema gewählt. Sie hat der pflegenden Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm **zeitnah mitgeteilt**: soweit sie eine Mitteilung als opportun erachtet hat. Zeitnah mitgeteilt hat sie nicht nur die Entscheidung zur Übernahme der Fallbearbeitung, sondern auch Entscheidungen zur Veränderung der Fallbearbeitung: die Entscheidung zum Abbau von Arbeitszeiten am Wochenende sowie die Entscheidung zum Ausbau von Arbeitszeiten im Rahmen der Bearbeitung des Problems mit der Darmträgheit. Sie hat der pflegenden Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm vermutlich auch **erläutert**: soweit sie eine Erläuterung als opportun betrachtet hat. Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm erläuternd, hat sie Deutungsanleitungen geboten: Sie hat nach eigenen Angaben Aufklärung über Regeln eines Personaleinsatzes geleistet. Eigenem Bekunden nach hat sie die „Runde“<sup>881</sup> als Organisationsform für die im Verlauf eines Arbeitstages zu absolvierenden Pflegeeinsätze definiert. Nach eigener Aussage hat die Zeit am Wochenende als Zeit definiert, an dem das Pflegepersonal nur im Notfall Pflege leistet. Aufklärung über Regeln eines Personaleinsatzes leistend, hat sie Einblick in die **Bedingungen formeller Pflege** gewährt. Sie hat nach eigener Darstellung auch Einblick in **Zielsetzungen formeller Pflege** geboten.<sup>882</sup> Nach eigenen Angaben hat sie der Angehörigen versprochen, sie werde „probieren“<sup>883</sup>, den Zustand der pflegebedürftigen Person zu verbessern. Anzunehmen ist: Sie hat der Angehörigen nicht die Zielerreichung, sondern die Arbeit an der Zielerreichung zugesichert. Hat sie der Angehörigen auch versprochen, sie werde versuchen, sie durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu entlasten? Sie weiß um die Begrenztheit der organisatorischen Möglichkeiten, der Angehörigen Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu

---

<sup>881</sup> EPI 1 A1: 24.

<sup>882</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>883</sup> EPI 1 A1: 63.

bieten. Nach eigener Darstellung hat sie sich bietende Gelegenheiten genutzt, die Angehörige über die Begrenztheit der Möglichkeiten aufzuklären, Pflegeeinsätze durchzuführen.<sup>884</sup> Sie ist vermutlich bemüht gewesen, Hoffnungen auf Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen möglichst weder zu wecken, noch zu schüren. Zu vermuten ist: Sie hat es unterlassen, der Angehörigen eine Deutungsanleitung für die Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten, die Hoffnungen auf Entlastung nähren könnte. Sie hat es der Angehörigen überlassen, von Entlastung als erlebter Handlungsfolge auf Entlastung als gewähltes Handlungsziel zu schließen. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat ein Malheur bei der „Abführerei“<sup>885</sup> als Gelegenheit genutzt, die Hilfestellung, die sie zur Bewältigung jenes Malheurs geleistet hat, in der Interaktion mit der Angehörigen zu kommentieren. Sie hat der Angehörigen eine Deutungsanleitung für jene konkret geleistete Hilfe geboten. Sie hat der Angehörigen nach eigener Darstellung zu verstehen gegeben: Sie versucht, durch jene Hilfestellung eine vermeidbare Belastung der Angehörigen zu vermeiden.<sup>886</sup> Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat in der Interaktion mit der Angehörigen nicht nur über **formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals**, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert. Sofern sie es für opportun gehalten hat, hat sie die Angehörige auf **Ansprüche** hingewiesen, die sie hinsichtlich der Gewährung informeller Unterstützung hat.

- Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat den Abbau von Arbeitszeiten, die Einstellung des Wochenenddienstes, zum Anlass genommen, der Angehörigen zu bedeuten, sie soll sich fortgesetzt an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligen und soll gegebenenfalls erneut um Hilfe bitten.<sup>887</sup> Sie hat der Angehörigen vermutlich auch signalisiert: Sie ist sich bewusst, dass sie der Angehörigen abverlangt, ihr einen Vertrauensvorschuss zu gewähren. Sie ist bestrebt, ihr gewährtes Vertrauen nicht zu enttäuschen. Sie ist gewillt, sich weiterhin an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses und im Bedarfsfall auch an der Produktion von Pflegeleistungen zu beteiligen.
- Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat keine Veranlassung gesehen, an der Bereitschaft der Angehörigen zu zweifeln, sich fortgesetzt an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen. Sie hat sich auch nicht veranlasst gesehen, an der Qualität informeller Pflege zu zweifeln. Sie hat vermutlich stillschweigend

<sup>884</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>885</sup> EPI 1 A1: 8.

<sup>886</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>887</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

den Anspruch gehegt: Die Angehörige soll fortgesetzt qualitätsgesicherte Pflege leisten. Stillschweigen über jenen Anspruch bewahrend, hat sie einen Vertrauensvorschuss geleistet. Sie hat auf die Kontinuität informeller Unterstützung vertraut: auf die Kontinuität informeller Pflege. Sie hat erlebt: Das Vertrauen ist nicht enttäuscht worden. Stillschweigen hat keine Koordinationsprobleme erzeugt.

In der Interaktion mit der Angehörigen hat sich vermutlich problemlos Koordinationsarbeit leisten lassen. Anzunehmen ist: Die Kontinuität der in der Interaktion mit der Angehörigen zu leistenden Koordinationsarbeit ist auch bei Personalwechsel gewahrt geblieben. Das gesamte in der Pflegearbeit eingesetzte Personal hat in der Interaktion mit der Angehörigen Koordinationsarbeit geleistet. Die Vermutung ist naheliegend: Das Pflegepersonal hat nicht nur in der Interaktion mit der Angehörigen, sondern auch in der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person Koordinationsarbeit geleistet. In der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person Koordinationsarbeit leistend, hat die Pflegekraft sich vermutlich vergewissert: Lässt sich auf Seiten der pflegebedürftigen Person das Einverständnis mit dem Vollzug indizierter Pflegeleistungen unterstellen? Naheliegend ist auch die Vermutung: Die Pflegekraft hat nicht nur in der Interaktion mit Mitgliedern des familialen Netzwerkes, sondern auch in der Interaktion mit Belegschaftsmitgliedern Koordinationsarbeit geleistet.<sup>888</sup>

#### 1.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Auch im Rahmen der **Fehlerarbeit** hat die Pflegekraft die Aufmerksamkeit wahrscheinlich auf den Auftrag konzentriert, bedingt Pflege zu leisten.<sup>889</sup> Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat in Prozessen der Bedarfsbestimmung an der **Vermeidung eigener Deutungsfehler** gearbeitet. Sie ist bemüht gewesen, Fehleinschätzungen des (formellen) Pflegebedarfs zu vermeiden. Mit der Angehörigen kommunizierend, hat sie **verbale Daten** gewonnen. Den Körper der Patientin untersuchend, hat sie **Beobachtungsdaten** gesammelt. Sie hat somit nicht nur fremde Kommunikationsleistungen, sondern auch eigene Beobachtungsleistungen in die Bedarfsbestimmung einfließen lassen. Sie hat kontinuierlich Daten erhoben und vergleichend ausgewertet. Sie hat sie im Kontext des eigenen Fachwissens und im Kontext des eigenen beruflichen Erfahrungswissens ausgelegt. Die Ausführungen der

---

<sup>888</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>889</sup> siehe Kapitel 1.2.1.1.; Kapitel 1.2.1.2. und Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegekraft lassen auch vermuten: In Prozessen der Bedarfsbestimmung an der Vermeidung eigener Deutungsfehler arbeitend, hat sie an der **Vermeidung eigener Handlungsfehler** gearbeitet. Sie hat sich bemüht, Fehleinschätzungen des formellen Pflegebedarfs zu vermeiden, um keine Handlungsfehler **in der Pflegearbeit** zu begehen: um die familiäre Pflegeperson weder zu überfordern, noch zu unterfordern.

- Die Pflegekraft hat das formelle Pflegeprogramm am Wochenende nach eigenen Angaben sukzessive abgebaut.<sup>890</sup> Sie hat den sukzessiven Abbau des formellen Pflegeprogramms am Wochenende möglicherweise als Test betrachtet: Lässt sich der Abbau des formellen Pflegeprogramms am Wochenende verantworten, ohne befürchten zu müssen, die pflegende Angehörige zu überfordern und deren Ausfall als familiäre Pflegeperson zu provozieren?
- Die Pflegekraft hat das der Bearbeitung des Inkontinenzproblems dienende informelle Pflegeprogramm eigenem Bekunden nach fortlaufend beobachtet.<sup>891</sup> Sie hat auf diese Weise vermutlich versucht, sich zu vergewissern: Lässt sich der Verzicht auf den Ausbau des formellen Pflegeprogramms verantworten, ohne eine Überforderung der Angehörigen befürchten zu müssen? Könnte ein Ausbau des formellen Pflegeprogramms zu einer Unterforderung der Angehörigen führen?

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft ist nicht nur bemüht gewesen, eigene Handlungsfehler in der Pflegearbeit zu vermeiden, sondern sie ist auch bestrebt gewesen, eigene Handlungsfehler **in der Koordinationsarbeit** zu vermeiden. Sie hat versucht, in der Interaktion mit der Angehörigen eigene Kommunikationsfehler zu vermeiden.<sup>892</sup> Mit der Angehörigen interagierend, ist sie bemüht gewesen, keine falschen Hoffnungen in Sachen Zielsetzung und Zielerreichung zu wecken. Mit der Angehörigen interagierend, ist sie auch bemüht gewesen, Wünsche nach formeller Pflege weder zu wecken, noch zu nähren. Sie weiß: Wenn sie der pflegenden Angehörigen zu verstehen gibt, dass sie deren Belastung als sehr hoch einschätzt, dann riskiert sie, den Wunsch nach Entlastung durch Pflegeeinsätze zu nähren. Die Vermutung ist naheliegend: Sie hat gewählt, die eigene Bewertung über die Belastung der Angehörigen als Kommunikationsthema zu meiden<sup>893</sup>. Sie weiß auch: Wenn sie der pflegenden Angehörigen unaufgefordert zu verstehen gibt, dass die Möglichkeit besteht, sie

---

<sup>890</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>891</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>892</sup> siehe Kapitel 1.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>893</sup> vgl.: EPI 1 A1: 26.

stundenweise zu vertreten, dann riskiert sie, den Wunsch nach Vertretung zu wecken. Die Vermutung liegt nahe: Sie wählt, erst auf der Basis einer Bitte um Vertretung über die Möglichkeit zu entscheiden, stundenweise Vertretung zu leisten<sup>894</sup>.

Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie hat im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur auf Vermeidung eigener Fehler, sondern auch auf Vermeidung fremder Fehler geachtet. Sie hat sich an der Vermeidung informeller Pflegefehler beteiligt.<sup>895</sup> Die Pflegekraft macht ferner deutlich: Sie hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur um Fehlervermeidung bemüht. Sie hat sich auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Kommunikationsfehler, den sie selber im Rahmen der Koordinationsarbeit begangen hat.<sup>896</sup> Sie hat die Angehörige nicht zur rechten Zeit über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt. Wie hat sie den Kommunikationsfehler im Rahmen der Koordinationsarbeit behandelt? Hat sie in der Interaktion mit der Angehörigen die Kommunikation über jenen Fehler gesucht? Möglich ist: Sie hat die Angehörige nicht nur nachträglich über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt, sondern hat die Aufklärung über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende auch mit der Erklärung verbunden, einen Kommunikationsfehler begangen zu haben nach dem Motto: Mir ist ein Fehler unterlaufen.

#### 1.4.4 Handlungsfolgen

Die Pflegekraft verdeutlicht: Das private Engagement der Familie und das berufliche Engagement der Pflegekräfte hat sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege kombinieren lassen.<sup>897</sup> Beide Parteien, Angehörige und Pflegepersonal, haben sich sowohl an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses als auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Angehörige und Pflegepersonal haben die pflegebedürftige Person im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege nach Aussage der Pflegekraft **gemeinsam** unterstützt: einerseits durch ihr Engagement im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, andererseits durch ihr Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Nach Darstellung der Pflegekraft hat die pflegebedürftige Person, informelle und formelle Pflege erhaltend, keine Zustandsverschlechterung erlitten, sondern hat eine Zustandsverbesserung erlebt. Nach Ansicht der Pflegekraft lässt sich jene Zustandsverbesserung eher als Folge der

---

<sup>894</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>895</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>896</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>897</sup> siehe Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

informellen Pflege, denn als Folge der formellen Pflege deuten. Organisationsstrukturell bedingt hat sich der Pflegebedarf in vergleichsweise geringerem Umfang durch formelle Pflege abdecken lassen. Angehörige und Pflegepersonal haben sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege nach Angaben der Pflegekraft auch **wechselseitig** unterstützt. Die Pflegekraft ist der Ansicht: Das Pflegepersonal hat einen Beitrag zur „Entlastung“<sup>898</sup> **der Angehörigen** geleistet. Jener Beitrag ist nach Auffassung der Pflegekraft organisationsstrukturell bedingt begrenzt gewesen. Die Pflegekraft ist ferner der Ansicht: Auch die Angehörige hat zur **Entlastung des Pflegepersonals** beigetragen. Die Pflegekraft hat nach eigenen Angaben erlebt: Die Angehörige hat in der Zeit während der Pflegeeinsätze beim Vollzug der Pflegearbeit in einer das Pflegepersonal entlastenden Weise Hilfestellung geleistet. Nach Auffassung der Pflegekraft hat die in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen „optimal“<sup>899</sup> geleistete informelle Pflege dazu geführt, dass sich eine Mehrbelastung der Pflegekräfte hat verhindern lassen.

Die Pflegekraft ist sich bewusst: Die familiäre Pflegeperson trägt die Hauptlast im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: In Anbetracht der begrenzten Möglichkeiten des Pflegepersonals, Pflegeleistungen zu übernehmen, haben Personen, die ausschließlich auf formelle Pflege angewiesen sind, im Pflegefall eine geringere Chance, in der Häuslichkeit zu verweilen, als Personen, die auf formelle und informelle Pflege bauen können.

## **2. Die zweite Episode: Eine Tochter, deren Beteiligung nach Ansicht der Pflegefachkraft „besser“ sein „könnte“**

### **2.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes**

Die Krankenschwester berichtet<sup>900</sup>: Die Seniorin (88 Jahre) sei verwitwet und habe zwei Töchter, die beide verheiratet seien. Sie habe ferner Enkel und Urenkel. Sie lebe mit der

---

<sup>898</sup> EPI 1 A1: 8; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>899</sup> ebd.: 7.

<sup>900</sup> Bei der zweiten Episode handelte es sich um die Episode mit der Kennziffer 124. Der männliche Feldforscher hat zur zweiten Episode zwei Episodeninterviews durchgeführt. Er hat die Krankenschwester sowohl im Rahmen eines anderthalbstündigen Eingangsgespräches (21.7.1988) als auch im Rahmen eines Abschlussgespräches (17.1.1989) befragt. Er hat das Abschlussgespräch für die zweite Episode aus Praktikabilitätsgründen mit den Abschlussgesprächen für vier weitere Episoden auf einen Termin gelegt. Jenes abschließend anberaumte Gespräch dauerte für alle fünf Episoden neunzig Minuten. Die zweite Episode wurde als zweite behandelt (zehn Minuten). Die Abkürzungen für die Episodeninterviews lauten: EPI 2 für das Eingangsgespräch zur zweiten Episode und EPI 2.2 für das Abschlussgespräch zur zweiten Episode. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die zweite Episode zu kennzeichnen, wird auf

sie pflegenden Tochter (61 Jahre) und mit deren Ehemann (68 Jahre) in einem Dreipersonenhaushalt<sup>901</sup>. Die Kinder und Enkelkinder jener Tochter leben an einem entfernt gelegenen Ort<sup>902</sup>. Die zweite Tochter der Seniorin lebe zusammen mit ihrem Ehemann in einem nahegelegenen Ort<sup>903</sup>. Die möglicherweise einzige Schwester der Seniorin lebe ebenfalls an einem entfernt gelegenen Ort<sup>904, 905</sup>.

## 2.2 Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 2.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 2.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Die Krankenschwester unterscheidet zwischen einer Vorgeschichte im weiteren Sinne und einer Vorgeschichte im engeren Sinne. Die **Vorgeschichte im weiteren Sinne** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Seniorin habe „vor ein paar Jahren“<sup>906</sup> einen Schlaganfall erlitten und habe in Folge dessen der Pflege bedurft. Die Tochter habe die häusliche Pflege zu jener Zeit sichergestellt, ohne die Unterstützung durch die Pflegekräfte in Anspruch genommen zu haben<sup>907</sup>. Die **Vorgeschichte im engeren Sinne** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Seniorin habe einen neuerlichen Schlaganfall erlitten. Sie sei im Anschluss an die stationäre Behandlung<sup>908</sup> nicht zur stationären Rehabilitation überwiesen worden, sondern sei „ohne Aussichten auf Erfolg“<sup>909</sup> als Pflegefall nach Hause entlassen worden<sup>910</sup>. Der Zustand der Seniorin habe sich während der stationären Behandlung „nicht gebessert“<sup>911</sup>. Es sei Unfähigkeit zur selbständigen Verrichtung jedweder Aktivitäten im Rahmen der Alltagsbewältigung,

---

ein Urteil zurückgegriffen, das die Krankenschwester sich über eine Bedingung auf Seiten des familialen Netzwerkes gebildet hat. Sie vertritt die Auffassung, dass die im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege beobachtbare Beteiligung der Tochter „besser“ sein „könnte“ (EPI 2: 53).

<sup>901</sup> vgl.: EPI 2: 15, 32.

<sup>902</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>903</sup> vgl.: EPI 2.2.: 8.

<sup>904</sup> vgl.: EPI 2: 1, 5.

<sup>905</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiäre Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation. Angaben zum Alter der Angehörigen sind am Ende des Abschlussgespräches nacherhoben worden.

<sup>906</sup> ebd.: 3.

<sup>907</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>908</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>909</sup> ebd.: 4.

<sup>910</sup> vgl.: ebd.: 5, 32.

<sup>911</sup> ebd.: 32.

beeinträchtigte Fähigkeit zu verbaler Kommunikation und fehlender Lebenswille diagnostiziert worden<sup>912</sup>. Die Krankenschwester vermutet: „Wahrscheinlich ist auch eine geringe Lebenserwartung“<sup>913</sup> prognostiziert worden. Es hat der Tochter „wohl einen Schock versetzt, dass ihre Mutter in dem Zustand nach Hause kam“<sup>914</sup>. Die Krankenschwester schildert: Die Tochter wollte ihre Mutter nicht in ein Heim geben. Sie habe sie erst mal die ersten drei Wochen gepflegt, **ohne** das Personal des ambulanten Pflegedienstes um Unterstützung gebeten zu haben und ohne über ein Krankenhausbett als Hilfsmittel verfügt zu haben. Sie habe ihre Mutter mit Hilfe ihrer Tante gepflegt, die zu Besuch gewesen sei. Sie habe sich auf intensive Weise um die Pflege ihrer Mutter bemüht. Sie sei gefordert gewesen, „**eine offene Stelle am Po**“<sup>915</sup> ihrer Mutter zu behandeln. Den Ausführungen der Krankenschwester ist nicht zu entnehmen, ob sich jener Dekubitus im Kontext der Krankenhauspflege oder im Kontext jener ersten drei Wochen häuslicher Pflege entwickelt hat.

Die Krankenschwester vermutet: Die Entscheidung, das Personal des ambulanten Pflegedienstes um Unterstützung zu bitten, ist gereift, als die Abreise jener Angehörigen nahte, die der familiären Pflegeperson bei der Sicherstellung der häuslichen Pflege geholfen hatte<sup>916</sup>. Die nahende Abreise eines mithelfenden Familienmitgliedes verweist auf den bevorstehenden Ausfall eines informellen Helfers. Die Vermutung liegt nahe: Die familiäre Pflegeperson ist aktiv geworden, um die an die Pflegekräfte gerichtete **Bitte um formelle Unterstützung** vorzubereiten. Zu vermuten ist: Die familiäre Pflegeperson hat mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen<sup>917</sup> und hat im Gespräch mit dem Hausarzt erklärt, dass sie die häusliche Pflege nicht länger alleine verrichten kann<sup>918</sup>.

Hat die familiäre Pflegeperson nach Ansicht des Hausarztes der Unterstützung durch eine Pflegefachkraft bedurft? Hat der Hausarzt der familiären Pflegeperson geholfen? Die Krankenschwester erzählt: Einerseits hatte die zu pflegende Person in der erzählten Zeit durch Zucker bedingt einen wunden Zeh, den die pflegende Angehörige immer selber behandelt habe. Andererseits hatte die zu pflegende Person in der erzählten Zeit jene „offene Stelle am Po“<sup>919</sup> und sei bettlägerig gewesen. Der Hausarzt habe zwar eine Dekubitusversorgung verordnet, habe jene Verordnung aber nicht kommentarlos ausgestellt. Die pflegende Angehörige habe erzählt, der Hausarzt habe erklärt: „Grundpflege wird nicht verordnet, und wenn Sie die Schwester rufen, dann drücken wir

---

<sup>912</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>913</sup> ebd.: 32.

<sup>914</sup> ebd.: 5.

<sup>915</sup> ebd.: 5; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>916</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>917</sup> vgl.: ebd.: 2f.

<sup>918</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>919</sup> ebd.: 21.



ein Auge zu, dann soll sie den Dekubitus versorgen<sup>920</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Der Hausarzt hat Hilfe geleistet. Er hat in einem formalen Akt attestiert, dass die familiäre Pflegeperson im Rahmen der Dekubitusversorgung der Unterstützung durch eine Pflegefachkraft bedarf, und hat Unterstützung durch eine Pflegefachkraft angeordnet. Der Hausarzt hat erklärt, dass er sich berechtigt, aber nicht verpflichtet sieht, jene Hilfe zu leisten. Er hat seine Bereitschaft betont, seine Entscheidungsspielräume zugunsten der familiären Pflegeperson auszulegen, indem er unter den denkbaren Alternativen einer Dekubitusversorgung, das alleinige Engagement der familiären Pflegeperson einerseits und das Engagement einer Pflegefachkraft andererseits, jene Alternative wählt, die der familiären Pflegeperson Entlastung verheißt. Der Hausarzt hat der familiären Pflegeperson zu verstehen gegeben, dass er seine Hilfe darauf beschränkt, Unterstützung durch eine Pflegefachkraft anzuordnen, und dass er es vorrangig als Aufgabe der Angehörigen betrachtet, sich die angeordnete Unterstützung zu verschaffen<sup>921</sup>.

Die Angehörigen haben es nach Auskunft der Krankenschwester unterlassen, sich umgehend um ein Engagement des ambulanten Pflegedienstes zu bemühen<sup>922</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Nicht die familiäre Pflegeperson, sondern deren Ehemann sei aktiv geworden, um die an die Pflegekräfte gerichtete Bitte um formelle Unterstützung vorzutragen. Er habe mit der Stadtverwaltung Kontakt aufgenommen und habe erklärt: Die zu pflegende Person sei so krank und deren Zustand sei so schlecht, dass die familiäre Pflegeperson die Pflege nicht länger alleine sicherstellen könne<sup>923</sup>. Dem Zettel sei zu entnehmen gewesen „die Schwester müsste kommen, die Mutter wäre pflegebedürftig“<sup>924</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester kann entnommen werden: Der Ehemann der familiären Pflegeperson hat um formelle Unterstützung bei der häuslichen Pflege gebeten. Er hat jene Bitte um formelle Unterstützung unter Hinweis auf eine (drohende) Überforderung der familiären Pflegeperson erläutert.

#### 2.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuches

Die Krankenschwester erzählt: Auf jene Bitte um formelle Unterstützung reagierend, habe zunächst die Krankenpflegehelferin einen **Erstbesuch** absolviert. Die Krankenpflegehelferin habe der pflegenden Angehörigen erstens die selbständig gefällte

---

<sup>920</sup> ebd.: 21.

<sup>921</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>922</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>923</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>924</sup> ebd.: 8.

Entscheidung zur Fallübernahme mitgeteilt. Sie habe sie zweitens informiert, die hauptamtlich beschäftigte Krankenschwester sei unterwegs. Sie habe drittens versprochen, die Krankenschwester zu verständigen. Sie habe viertens das Versprechen gegeben, die Krankenschwester würde zur Mittagszeit desselben Tages kommen und über die Einzelheiten der Fallbearbeitung entscheiden<sup>925</sup>. Im Anschluss an jenen Erstbesuch der Krankenpflegehelferin hat nach Aussage der Krankenschwester eine **Fallbesprechung** stattgefunden. Die Pflegekräfte haben jene Fallbesprechung vermutlich unter Ausschluss der Angehörigen durchgeführt. Die Krankenschwester erzählt: Die Krankenpflegehelferin habe ihr im Rahmen der Fallbesprechung mitgeteilt, es wäre besser, es würde ein Krankenhausbett zur Verfügung stehen<sup>926</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Krankenpflegehelferin im Rahmen der Fallbesprechung die Auffassung vertreten, dass die technischen Arbeitsbedingungen am künftigen Arbeitsplatz verbesserungsbedürftig sind, und hat sich für eine Verbesserung der technischen Arbeitsbedingungen ausgesprochen. Zu vermuten ist erstens: Die Krankenpflegehelferin hat zwar die Krankenschwester über jene veränderungsbedürftige Bedingung der Fallbearbeitung verständigt, hat es aber unterlassen, sich selber mit den Angehörigen über die Veränderungsbedürftigkeit jener Bedingung der Fallbearbeitung zu verständigen. Zu vermuten ist zweitens: Die Krankenschwester hat sich durch jene ihr unnötig erscheinende Unterlassung „ein bisschen belastet gefühlt“<sup>927</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe im Anschluss an jene Fallbesprechung den eigenen **Erstbesuch** absolviert. Sie habe Einzelheiten der Fallbearbeitung mit der familiären Pflegeperson und mit deren Ehemann besprochen<sup>928</sup>.

Nach Darstellung der Krankenschwester haben die Pflegekräfte in der erzählten Zeit jener Erstbesuche Gelegenheit gehabt, den **Zustand** der zu pflegenden Person und den Zustand der familiären Pflegeperson zu beurteilen. Sie sind sich in der Zustandsbeurteilung vermutlich einig gewesen. Die Krankenschwester erzählt: Die Seniorin sei schwer pflegebedürftig gewesen<sup>929</sup>. Deren Tochter habe erklärt: Wenn die Tante abgereist sei, die ihr bei der Sicherstellung der häuslichen Pflege geholfen habe, dann sei sie außerstande, die häusliche Pflege alleine zu bewerkstelligen<sup>930</sup>, das „Waschen und so“<sup>931</sup> sei nämlich schwierig und nur leistbar, wenn ein zweiter Helfer verfügbar wäre und sie wünsche nicht, dass ihr Ehemann bei der körperlichen Pflege

---

<sup>925</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>926</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>927</sup> ebd.: 8.

<sup>928</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>929</sup> vgl.: ebd.: 1f.

<sup>930</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>931</sup> ebd.: 6.

behilflich sei<sup>932</sup>. Den Pflegekräften sei in der erzählten Zeit evident gewesen, dass sie den Fall übernehmen müssen<sup>933</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die pflegende Angehörige hat ihr Votum für ein Engagement der Pflegekräfte erläutert. Sie hat das Bestreben demonstriert, die häusliche Pflege fortzusetzen **und** eine Überforderung der eigenen Person zu vermeiden. Sie hat einerseits die Bereitschaft erklärt, sich fortgesetzt an der häuslichen Pflege zu beteiligen. Sie hat andererseits erklärt, sich unfähig zu fühlen, die häusliche Pflege zu gewährleisten, **ohne** Unterstützung durch eine zweite Person zu erhalten, **aber** nicht bereit zu sein, sich des Ehemannes als zweite Pflegeperson zu bedienen. Der Erzählung der Krankenschwester ist ferner zu entnehmen: Die Pflegekräfte haben unter den denkbaren Alternativen jene Alternative gewählt, die sowohl der familiären Pflegeperson, als auch dem Ehemann eine Entlastungsmöglichkeit bietet. Sie haben sich **für** die Fallübernahme entschieden. Sie haben sich **nicht wider** die Fallübernahme entschieden. Die Krankenschwester äußert sich in der Erzählzeit zu den Möglichkeiten und Grenzen, den Ehemann als zweite Pflegeperson zu engagieren und erklärt, dass sie jene Weigerung der pflegenden Angehörigen respektieren muss<sup>934</sup> und dass sie dem Ehemann „auch nicht sagen kann: Sie haben das jetzt zu machen“<sup>935</sup>.

Anzunehmen ist: Das Pflegepersonal hat sich in der erzählten Zeit jener Erstbesuche **Ziele** sowohl mit Bezug auf die zu pflegende Person, als auch mit Bezug auf die pflegenden Personen gesetzt. Es hat sich das Ziel gesetzt, den auf die Hautoberfläche einer „Pobacke beschränkten Dekubitus“<sup>936</sup> zu heilen oder zumindest eine Verschlimmerung des Dekubitus zu vermeiden<sup>937</sup>. Für die Einführung eines Krankenhausbettes plädierend, hat es das Ziel verfolgt, den Pflegekräften sowie der pflegenden Angehörigen die Arbeit zu erleichtern<sup>938</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Es sei prinzipiell das erste Bestreben der Pflegekräfte, den pflegenden Personen die Arbeit „auch so bequem wie möglich zu machen“<sup>939</sup>. Ein Krankenhausbett gelte nicht nur in der Krankenhauspflege, sondern auch in der häuslichen Pflege als ein der Arbeitserleichterung dienendes technisches Hilfsmittel. Es sei „für das Kreuz der Pflegenden besser, wenn ein hohes Bett“<sup>940</sup> zur Pflege einer bettlägerigen Person zur Verfügung stehe.

---

<sup>932</sup> vgl.: ebd.: 49.

<sup>933</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>934</sup> vgl.: ebd.: 49f.

<sup>935</sup> ebd.: 50.

<sup>936</sup> ebd.: 34.

<sup>937</sup> vgl.: ebd.: 18, 35, 50.

<sup>938</sup> vgl.: ebd.: 1, 2, 7.

<sup>939</sup> ebd.: 7.

<sup>940</sup> ebd.: 2.

Die Krankenschwester hat sich nach eigener Aussage der Auffassung der Krankenpflegehelferin angeschlossen, dass die technischen Arbeitsbedingungen verbesserungsbedürftig sind und dass ein Plädoyer für jenes der Arbeitserleichterung dienende technische Hilfsmittel angezeigt ist<sup>941</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Nachdem sie den Angehörigen mitgeteilt habe, sie plädiere für die Einführung eines Krankenhausbettes<sup>942</sup>, „haben die Angehörigen erstmal einen Schlag bekommen“<sup>943</sup>. Sie selber habe sich als Person empfunden, die auf Seiten der Angehörigen den Eindruck erweckt habe, „sie will den ganzen Haushalt ein bißchen [sic.] umkrepeln, obgleich keiner der Angehörigen ihr auf verbale oder nonverbale Weise den Eindruck vermittelt habe, jenen Eindruck gewonnen zu haben“<sup>944</sup>. Sie habe sich bemüht, den Angehörigen jenes Plädoyer zu erklären. Anschließend seien die Angehörigen mit der Einführung eines Krankenhausbettes einverstanden gewesen. Hat die Krankenschwester, den Angehörigen in der erzählten Zeit eine Erklärung anbietend, die Arbeitserleichterung als Ziel und das technische Hilfsmittel als Mittel zum Zweck der Arbeitserleichterung ausgewiesen? Die Krankenschwester äußert sich in der Erzählzeit nicht.

Die Krankenschwester ist als eine in der ambulanten Pflege tätige Pflegefachkraft gefordert, in Privathaushalten Arbeitsplätze einzurichten, an denen sich Pflegearbeit verrichten lässt, ohne Pflegestandards zu verletzen. Wenn sie als Pflegefachkraft im Rahmen eines Erstbesuches dafür plädiert, technische Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz der häuslichen Pflege zu verbessern, dann ist sie beratend tätig. Jene Beratung ist mit dem Anspruch verbunden, definierte Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz der häuslichen Pflege zu verändern, um häusliche Pflege unter Einhaltung von Pflegestandards zu leisten. Die Krankenschwester befürchtet: Angehörige missdeuten das sich im Rahmen eines Erstbesuches manifestierende Bemühen, die technischen Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz der häuslichen Pflege zu verbessern, als Versuch, „gleich den ganzen Haushalt umkrepeln und alles bestimmen zu wollen“<sup>945</sup>. Sie erklärt: Sie kann verstehen, dass Angehörige „erstmal einen Schlag bekommen“<sup>946</sup>, wenn sie gefordert sind, sich im Rahmen eines Erstbesuches mit einem Plädoyer zur Verbesserung der technischen Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz der häuslichen Pflege auseinanderzusetzen. Sie selber würde sich als Angehörige „vielleicht auch ein bißchen [sic.] auf den Schlips getreten fühlen“<sup>947</sup>, unterstellt sie hätte keine Ahnung.

---

<sup>941</sup> vgl.: ebd.: 1, 2, 7.

<sup>942</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>943</sup> ebd.: 1.

<sup>944</sup> ebd.: 11.

<sup>945</sup> ebd.: 11.

<sup>946</sup> ebd.: 1.

<sup>947</sup> ebd.: 2.

Welche Vereinbarungen sind in der erzählten Zeit in Bezug auf die **Aufgaben** und deren **Verteilung** geschlossen worden? Ist der Zusammenhang zwischen der (fehlenden) Verfügung über jenes technische Hilfsmittel und der Ausgestaltung der persönlichen Hilfestellung behandelt worden? Sollen die Pflegekräfte oder die Angehörigen das **technische Hilfsmittel** beschaffen? Die Krankenschwester erzählt: Der Ehemann der familiären Pflegeperson habe ihr erklärt, er versucht, ein Krankenhausbett zu besorgen. Sie habe ihm mitgeteilt, wenn er es nicht schaffen würde, ein Krankenhausbett beizubringen, dann hätte sie die Möglichkeit, eins zu besorgen. Die Krankenschwester betont: Sie habe in der erzählten Zeit zwar „eins zur Verfügung“<sup>948</sup> gehabt, habe es jedoch unterlassen, ihm von dem verfügbaren Krankenhausbett zu berichten. Da er angeboten habe, sich erst einmal selber um die Beschaffung eines Krankenhausbettes zu kümmern, habe sie sich gesagt: „Warum soll ich jetzt gleich sagen, ich habe eins?“<sup>949</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Krankenschwester hat ein Problem wahrgenommen, die Verbesserungsbedürftigkeit der technischen Arbeitsbedingungen. Sie hat auf die Problemwahrnehmung mit einer Beratungsaktion reagiert. Sie hat die Angehörigen über das Problem aufgeklärt und hat den Angehörigen zu einer Problemlösung geraten. Sie hat für die Beschaffung eines Krankenhausbettes plädiert. Eine Problemlösung lässt sich alternativ bewerkstelligen: entweder durch ein Engagement des familialen Netzwerkes oder durch ein Engagement des ambulanten Pflegedienstes. Das familiäre Netzwerk hat auf jene Beratungsaktion mit dem Angebot reagiert, das Problem selber zu lösen. Die Krankenschwester hat entschieden, einem Engagement des familialen Netzwerkes bei der Problemlösung den **Vorrang** vor einem Engagement des Pflegepersonals einzuräumen. Sie hat entschieden, das eigene Engagement auf die Vorbereitung der Problemlösung zu beschränken: eine Beratungsaktion und keine Verleihaktion zu starten. Sie ist möglicherweise der Auffassung gewesen: Wenn das familiäre Netzwerk anbietet, sich zu engagieren, dann bedarf es einstweilen keines Engagements seitens des ambulanten Pflegedienstes. Möglich ist auch: Sie hat befürchtet, dass sie die Bereitschaft des familialen Netzwerkes, sich in fernerer Zukunft zu engagieren, schwächt, wenn sie das Angebot des familialen Netzwerkes, sich in näherer Zukunft zu engagieren, ablehnt<sup>950</sup>. Möglicherweise hat sie auch befürchtet, dass eine Verleihaktion im Einzelfall Verleihaktionen im Bestand der Fälle erschwert.

Sind Vereinbarungen zur Anzahl und Zusammensetzung der **Hilfskräfte pro Einsatz** geschlossen worden? Die Phase ohne Krankenhausbett gilt als Phase erschwerter

---

<sup>948</sup> ebd.: 2.

<sup>949</sup> ebd.: 2.

<sup>950</sup> vgl.: ebd.: 12.

Arbeitsbedingungen. Die Phase mit Krankenhausbett stellt hingegen eine Phase erleichterter Arbeitsbedingungen dar. Ist vereinbart worden, zur Überbrückung der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen pro Einsatz eine Zweitkraft zu verpflichten? Ist vereinbart worden, in der Phase erleichterter Arbeitsbedingungen auf den Einsatz einer Zweitkraft pro Einsatz zu verzichten? Die Krankenschwester hat in der erzählten Zeit nach eigener Aussage einerseits mit sich selber und andererseits mit den Angehörigen kommuniziert. Sich auf die erzählte Zeit beziehend, rekonstruiert die Krankenschwester zum einen die eigenen **Gedankensequenzen**. Die Krankenschwester erzählt: Als sie die Seniorin bewegungsunfähig in einem normalen Bett liegend gesehen habe, sei ihr klar gewesen, dass die Pflegekräfte dann zu zweit kommen müssen. Sie habe sich aber überlegt, sie versuche die Arbeit alleine zu verrichten, ohne eine Zweitkraft aus den Reihen des Pflegepersonals zu rekrutieren<sup>951</sup>. Sie habe bei jener Überlegung unterstellt, dass die familiäre Pflegeperson als Zweitkraft fungieren werde<sup>952</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Krankenschwester hat es als Notwendigkeit betrachtet, in der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen eine Zweitkraft pro Einsatz einzubinden. Sie hat sich gefordert gesehen, sich zu entscheiden: Besteht in der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen die **Notwendigkeit**, zwei Belegschaftsmitglieder pro Einsatz zu verpflichten? Ist es in der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen zu verantworten, von der **Möglichkeit** Gebrauch zu machen, sich der familiären Pflegeperson als Zweitkraft pro Einsatz zu bedienen? Sie hat den Entscheidungsprozess in Gedanken vollzogen. Sie hat im Gedankenexperiment die sich bietenden Alternativen verglichen. Sie hat sich in Gedanken für die Alternative entschieden, in der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen die familiäre Pflegeperson als Zweitkraft pro Einsatz auszuwählen. Hat die Krankenschwester sich entschieden, die familiäre Pflegeperson anstatt eines Belegschaftsmitgliedes als Zweitkraft pro Einsatz auszuwählen, hat sie die Entscheidung gefällt, einem Engagement des familialen Netzwerkes in der Zeit während der Einsätze den **Vorrang** vor einem Engagement von Pflegepersonal einzuräumen. Die Krankenschwester hat jene im Gedankenexperiment gefällte Entscheidung als Entscheidung für ein praktisches Experiment betrachtet. Sich auf die erzählte Zeit beziehend, rekonstruiert die Krankenschwester zum anderen die **Gesprächssequenz** mit den Angehörigen. Die Krankenschwester erzählt: Die Angehörigen haben ihr erklärt, es sei schwierig, die Pflege allein zu schaffen<sup>953</sup>. Sie habe den Angehörigen mitgeteilt, es würde im Moment erst einmal reichen, wenn eine

---

<sup>951</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>952</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>953</sup> vgl.: ebd.: 12.

Pflegekraft alleine eingeplant würde<sup>954</sup>. Sie habe die Angehörigen aber nicht aufgeklärt, dass die Entscheidung, ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz auszuwählen, auf der Unterstellung basiere, die familiäre Pflegeperson fungiere als Zweitkraft. Sie habe es unterlassen, mit der familiären Pflegeperson eine Vereinbarung über deren Beteiligung als Zweitkraft zu schließen. In der Erzählzeit jene in der erzählten Zeit liegende Unterlassung erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Möglicherweise sei das für sie persönlich „von Anfang an klar“<sup>955</sup> gewesen, da die familiäre Pflegeperson erklärt habe, sie habe langjährig alleine Pflege geleistet. In Anbetracht jener Erklärung habe sie sich gedacht, dass die Koordination und Kooperation zwischen Pflegekraft und familiärer Pflegeperson „ganz gut klappen“<sup>956</sup> werde. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die an die Angehörigen gerichteten Worte der Krankenschwester sind mehrdeutig geblieben. Die Krankenschwester hat sich zwar gegen die Möglichkeit ausgesprochen, eine Zweitkraft aus den Reihen des Personals auszuwählen. Sie hat sich jedoch weder für, noch gegen die Möglichkeit ausgesprochen, sich der familiären Pflegeperson als Zweitkraft zu bedienen. Die Angehörigen sind zum einen gefordert, die eigene Sichtweise, dass der Einsatz einer Zweitkraft die Arbeit erleichtert, mit der Einschätzung der Krankenschwester, dass der Einsatz einer Pflegekraft ausreichend ist, zu vergleichen. Sie sind zum anderen gefordert, sich zwischen diversen **Lesarten** über die Sichtweise der Krankenschwester zu entscheiden. Die Angehörigen können erstens zu der Auffassung gelangen: Die Krankenschwester ist der Ansicht, das Engagement einer Pflegekraft pro Einsatz ist **ohne** Beteiligung der familiären Pflegeperson ausreichend. Die Krankenschwester betrachtet eine Mitarbeit der familiären Pflegeperson weder als Notwendigkeit, noch als willkommene Möglichkeit der Arbeitserleichterung. Die Angehörigen können zweitens zu der Auffassung gelangen: Die Krankenschwester ist zwar der Ansicht, das Engagement einer Pflegekraft pro Einsatz ist **ohne** Beteiligung der familiären Pflegeperson ausreichend. Die Krankenschwester betrachtet eine **Mitarbeit** der pflegenden Angehörigen aber als willkommene **Möglichkeit** der Arbeitserleichterung. Die Angehörigen können drittens zu der Auffassung gelangen: Die Krankenschwester ist der Ansicht, ausschließlich bei Mitarbeit der familiären Pflegeperson ist das Engagement einer Pflegekraft pro Einsatz ausreichend. Die Krankenschwester betrachtet die **Mitarbeit** der pflegenden Angehörigen als **Notwendigkeit**. Wenn die pflegende Angehörige sich für die erste Lesart entscheidet und es in der Folge dessen unterlässt, während der Einsätze

---

<sup>954</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>955</sup> ebd.: 17.

<sup>956</sup> ebd.: 17.

mitzuarbeiten, dann verletzt sie unwissentlich den seitens der Krankenschwester gehegten Anspruch.

Im Anschluss an jenen Erstbesuch hat nach Aussage der Krankenschwester eine zweite Fallbesprechung zur Organisation des künftigen Pflegeprozesses stattgefunden. Die Pflegekräfte haben jene Fallbesprechung vermutlich wiederum unter Ausschluss der Angehörigen durchgeführt. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe sich mit der Krankenpflegehelferin beraten. Sie habe die ursprüngliche Planung, in der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz auszuwählen, im Einvernehmen mit der Krankenpflegehelferin verworfen. Sie habe einvernehmlich mit der Krankenpflegehelferin die Entscheidung gefällt, in der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen zwei Belegschaftsmitglieder pro Einsatz auszuwählen<sup>957</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Krankenschwester hat sich entschieden, die im Gedankenexperiment getroffene Entscheidung für ein praktisches Experiment nicht in die Praxis umzusetzen. Sie hat sich im Gespräch mit der Krankenpflegehelferin entschieden, sowohl die im Gespräch mit den Angehörigen ausgesprochene Entscheidung, als auch die unausgesprochen gebliebene Entscheidung zu korrigieren. Sie hat sich entschieden, in der Zeit während der Einsätze vorübergehend auf den **Vorrang** des familialen Netzwerkes zu verzichten. Die Krankenschwester ist möglicherweise zu der Auffassung gelangt: In der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen bedarf es des Einsatzes jeweils zweier Belegschaftsmitglieder, um nach Möglichkeit zu vermeiden, dass es auf Seiten der pflegenden Personen zu einer Schädigung und zu einem Ausfall von Arbeitskraft kommt. Die Krankenschwester deutet die ursprüngliche Entscheidung, einem Engagement des familialen Netzwerkes in der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen den Vorrang vor einem Engagement von Pflegepersonal einzuräumen, sich auf die Zeit **während** des eigenen Einsatzes beziehend, als Entscheidung für ein praktisches Experiment<sup>958</sup>, sich auf die Zeit **zwischen** den eigenen Einsätzen beziehend, aber als Entscheidung für eine selbstverständliche Praxis<sup>959</sup>. Die Krankenschwester hat es beim Erstbesuch vermutlich nicht nur unterlassen, eine Vereinbarung über die Mitarbeit der familiären Pflegeperson in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes zu treffen, d.h. über die Hilfe beim Heben und Drehen. Die Krankenschwester hat es beim Erstbesuch vermutlich auch unterlassen, eine Absprache über eine Mitarbeit der pflegenden Angehörigen in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen zu treffen, d.h. über das Drehen und die Dekubitusbehandlung.

---

<sup>957</sup> ebd.: 13.

<sup>958</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>959</sup> vgl.: ebd.: 58.



## **2.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen**

### **2.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext**

Anzunehmen ist: Die **pflegende Angehörige** ist unter den Angehörigen der zu pflegenden Person die für das Pflegepersonal zentrale Interaktionspartnerin gewesen. Im Rahmen der Pflegeeinsätze hat sich regelmäßig Gelegenheit geboten, Kontakt von Angesicht zu Angesicht herzustellen. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester es im Unterschied zur Krankenpflegehelferin vorgezogen, weniger den eigentlichen Arbeitsprozess, als vielmehr dessen Beginn und dessen Ende als Gelegenheit zur Kontaktaufnahme zu nutzen. Die Krankenschwester verweist auf die Konflikthaftigkeit ihres Verhältnisses zu der familiären Pflegeperson. Sie erzählt: Sie habe der Krankenpflegehelferin mitgeteilt, dass ihr Verhältnis zu der pflegenden Angehörigen konfliktgeladen sei und dass sie deren unterlassene Hilfeleistung während des Pflegeeinsatzes, d.h. die unterlassene Hilfe beim Betten und Lagern der Patientin, als einen Grund für jene Konflikthaftigkeit betrachte. Die Krankenpflegehelferin habe erwidert, dass nicht nur deren fehlende Mitarbeit in der Zeit während des Pflegeeinsatzes, sondern auch deren phasenweise fehlende Mitarbeit in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen, d.h. das phasenweise unterlassene Betten und Lagern der Patientin, ein Grund für jenes konflikthafte Verhältnis sei<sup>960</sup>.

### **2.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen**

Die Pflegekräfte haben im Rahmen der Pflegeeinsätze vermutlich Gelegenheit gehabt, sich sowohl ein Urteil über den Zustand ausgewählter Familienmitglieder als auch ein Urteil über den Zustand ausgewählter Familienbeziehungen zu bilden, indem sie miteinander interagierende Familienmitglieder beobachten und mit Familienmitgliedern kommunizieren. Nach Aussage der Krankenschwester ist der Tod der Seniorin während eines Pflegeeinsatzes eingetreten<sup>961</sup>. Wie ist es, aus der Perspektive der Krankenschwester betrachtet, in der Zeit vor jenem letzten Pflegeeinsatz um den **Zustand der zu pflegenden Person** bestellt gewesen? Die Krankenschwester berichtet:

---

<sup>960</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>961</sup> vgl.: EPI 2.2: 9.

Deren Verfassung habe sich „etwas verschlechtert“<sup>962</sup> und sei „immer ein bißchen [sic.] wechselhaft“<sup>963</sup> gewesen. Deren körperliche, geistige und seelische Verfassung sei beeinträchtigt gewesen: Die Patientin sei von diversen Erkrankungen gezeichnet gewesen<sup>964</sup>, sei als „schwerkrank“<sup>965</sup> und als „schwer bettlägerig“<sup>966</sup> zu betrachten gewesen. Die Haut der Patientin habe Anzeichen von Durchblutungsstörungen erkennen lassen<sup>967</sup>. Die „offene Stelle am Po“<sup>968</sup> habe sich vergrößert. Jene Wunde sei nicht in die Tiefe der Haut eingedrungen, sondern habe sich auf der Hautoberfläche ausgedehnt<sup>969</sup>. Die Patientin habe als Folge des neuerlichen Schlaganfalls weitergehende Einbußen in der Bewegungsfähigkeit<sup>970</sup> und in der Fähigkeit zur verbalen Kommunikation erlitten<sup>971</sup>. An Zucker erkrankt, habe sie als Folge von Unterzuckerung Anzeichen von Verwirrtheit gezeigt<sup>972</sup>. Die Patientin habe unter Schmerzen gelitten<sup>973</sup>. Sie sei alleine gewesen, habe keine hohe Lebenserwartung und keinen Lebenswillen mehr gehabt<sup>974</sup>.

Wie beurteilt die Krankenschwester den **Zustand der familiären Pflegeperson**? Sie unterscheidet in der Erzählzeit zwischen der Perspektive der pflegenden Angehörigen und der eigenen Perspektive als Pflegefachkraft. Sich in die Position der familiären Pflegeperson versetzend, nimmt die Krankenschwester sowohl das Gefühl der Belastung<sup>975</sup>, als auch das Gefühl der Überforderung wahr<sup>976</sup>. Die eigene Position als Pflegefachkraft einnehmend, stellt sie weder die Belastung, noch die Überforderung der familiären Pflegeperson in Abrede<sup>977</sup>. Sie bezeichnet die Belastung der pflegenden Angehörigen als extrem<sup>978</sup>. Die Zustandsbeurteilung erläuternd, betont die Krankenschwester erstens: Die Tochter habe „sehr an ihrer Mutter gehangen“<sup>979</sup>. Die Tochter sei gefordert gewesen, den **erlebten Verlust von Kommunikationsmöglichkeiten** zu bewältigen. Die Tochter sei ferner gefordert gewesen, sich auf den **nahenden Verlust** einer nahestehenden Person und auf den nahenden Verlust einer zentralen **Beziehungsmöglichkeit** einzustellen. Die Krankenschwester richtet die Aufmerksamkeit auf Kommunikationsprozesse. Die

---

<sup>962</sup> EPI 2: 14.

<sup>963</sup> ebd.: 33.

<sup>964</sup> vgl.: ebd.: 3, 26.

<sup>965</sup> ebd.: 27.

<sup>966</sup> EPI 2.2: 7.

<sup>967</sup> vgl.: EPI 2: 19.

<sup>968</sup> ebd.: 21.

<sup>969</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>970</sup> vgl.: ebd.: 4, 50.

<sup>971</sup> vgl.: ebd.: 27, 58f.

<sup>972</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>973</sup> vgl.: ebd.: 58.

<sup>974</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>975</sup> vgl.: EPI 2: 33; EPI 2.2: 7.

<sup>976</sup> vgl.: EPI 2: 6, 49.

<sup>977</sup> vgl.: EPI 2.2: 7, 9.

<sup>978</sup> vgl.: ebd.: 7, 8, 9.

<sup>979</sup> ebd.: 8.

Krankenschwester berichtet: Die Tochter habe erlebt, dass sie sich mit der Mutter nicht mehr verbal verständigen kann<sup>980</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe den Eindruck gewonnen, dass es die Tochter belastet habe, dass eine Verständigung durch wechselseitige verbale Kommunikation nicht mehr möglich gewesen sei<sup>981</sup>. Verallgemeinernd stellt die Krankenschwester fest: Ein Verlust an Möglichkeiten zu wechselseitiger verbaler Kommunikation sei nicht leicht zu verkraften<sup>982</sup>. Die Krankenschwester lenkt das Augenmerk auf Sterbeprozesse. Die Krankenschwester berichtet: Die Tochter habe sich mit dem nahenden Tod der Mutter konfrontiert gesehen<sup>983</sup> und habe die eigene Ohnmacht angesichts jenes nahenden Todes erlebt<sup>984</sup>. Die Krankenschwester erklärt, den Eindruck gehabt zu haben, dass es die Tochter „fürchterlich belastet hat zu sehen, daß [sic.] ihre Mutter stirbt und sie nicht mehr helfen“<sup>985</sup> kann. Verallgemeinernd stellt die Krankenschwester fest: Es sei eine Belastung, einen Sterbeprozess zu erleben<sup>986</sup> und sich während der Begleitung eines Sterbeprozesses der eigenen Ohnmacht bewusst zu werden<sup>987</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Tochter, den Tod ihrer Mutter antizipierend, erklärt: Ihre Mutter ist schwerkrank und alt, hat ihr Leben gelebt und der Tod wäre für ihre Mutter auch „eine Erlösung“<sup>988</sup>. Die Krankenschwester ist der Ansicht: Das Nahen jenes Todes habe der Tochter zwar „einen seelischen Knacks“<sup>989</sup> versetzt, aber die Tochter habe jenen Tod gedanklich akzeptiert<sup>990</sup>. Jenen Tod antizipierend, vermutet die Krankenschwester, dass die Tochter „in dem Moment zwar traurig“<sup>991</sup> sein wird, dass für die Tochter aber keineswegs „die ganze Welt“<sup>992</sup> zusammenbrechen wird. Die Zustandsbeurteilung erläuternd, betont die Krankenschwester zweitens: Die familiäre Pflegeperson sei gefordert gewesen, Pflegeleistungen zu erbringen, deren Vollzug für die zu pflegende Person mit „**Schmerzen**“<sup>993</sup> verbunden gewesen sei. Die Krankenschwester verdeutlicht: Wenn die familiäre Pflegeperson sich gefordert sieht, der zu pflegenden Person beim Vollzug unverzichtbarer Pflegeleistungen Schmerzen zuzufügen und jene Schmerzen zu erleben, dann ist sie sich als Pflegekraft der

---

<sup>980</sup> vgl.: EPI 2: 59.

<sup>981</sup> vgl.: ebd.: 33, 59.

<sup>982</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>983</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>984</sup> vgl.: EPI 2.2: 7.

<sup>985</sup> ebd.: 7.

<sup>986</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>987</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>988</sup> EPI 2: 36, 42.

<sup>989</sup> ebd.: 36.

<sup>990</sup> ebd.: 36.

<sup>991</sup> ebd.: 27.

<sup>992</sup> vgl.: ebd.: 27, 36.

<sup>993</sup> ebd.: 38; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

Belastung der familiären Pflegeperson bewusst<sup>994</sup> und kann deren Gefühl von Überforderung verstehen. Die Zustandsbeurteilung erläuternd, betont die Krankenschwester drittens: Die familiäre Pflegeperson sei gefordert gewesen, „**Tag und Nacht** bereit zu sein“<sup>995</sup>, Pflege zu leisten, und stets auf Freizeit zu verzichten, die sie hätte nutzen können, Bedürfnisse nach einem eigenen Familienleben, nach eigener Erholung und Selbstverwirklichung zu befriedigen<sup>996</sup>. In der Zeit **vor** Beendigung der häuslichen Pflege schildert die Krankenschwester: Mitunter glaube sie, eine Überforderung der familiären Pflegeperson sei als Folge einer vierundzwanzig Stunden währenden Pflege nicht auszuschließen<sup>997</sup>. In der Zeit **nach** Beendigung der häuslichen Pflege erklärt die Krankenschwester: Die Überforderung der familiären Pflegeperson sei Folge einer Tag und Nacht währenden häuslichen Pflege gewesen. Spätestens am Ende des häuslichen Pflegeprozesses habe die familiäre Pflegeperson sich in einem Zustand körperlicher und seelischer Erschöpfung befunden: „Ich meine, daß [sic.] sie dann nachher kaputt war, das war klar“<sup>998</sup>. Die Krankenschwester stellt verallgemeinernd fest: Wenn hoher Pflegebedarf im häuslichen Kontext bewältigt werden soll, dann nehme die Beanspruchung der Familie ein Ausmaß an<sup>999</sup>, das sowohl extrem, als auch normal sei<sup>1000</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Obgleich die familiäre Pflegeperson die häusliche Pflege als belastend<sup>1001</sup> und überfordernd erlebt habe<sup>1002</sup>, habe sie weder die Bereitschaft aufgekündigt, die häusliche Pflege bis zum Tod der zu pflegenden Person fortzusetzen<sup>1003</sup>, noch habe sie die Bereitschaft aufgekündigt, das Privatleben den Anforderungen häuslicher Pflege unterzuordnen<sup>1004</sup>. Die familiäre Pflegeperson habe allerdings zeitweilig die Bereitschaft aufgekündigt, eine besondere Pflegeleistung, d.h. das Betten und Lagern der Patientin, zu übernehmen<sup>1005</sup>.

Die Krankenschwester beurteilt nicht nur den Zustand ausgewählter Familienmitglieder, sondern auch den **Zustand** ausgewählter **familiären Beziehungen**. Sie bezeichnet weder das Verhältnis zwischen den Eheleuten, noch das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter als konfliktuell. Die Aufmerksamkeit auf das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter lenkend, erklärt sie: Zwischen Mutter und Tochter habe ein gutes Verhältnis

---

<sup>994</sup> vgl.: ebd.: 38, 53.

<sup>995</sup> EPI 2.2: 7; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>996</sup> vgl.: EPI 2: 37, 51, 59.

<sup>997</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>998</sup> EPI 2.2: 7.

<sup>999</sup> vgl.: EPI 2: 58.

<sup>1000</sup> vgl.: ebd.: 58.

<sup>1001</sup> vgl.: EPI 2: 33; EPI 2.2: 7.

<sup>1002</sup> vgl.: EPI 2: 6, 49.

<sup>1003</sup> vgl.: EPI 2.2: 7f.

<sup>1004</sup> vgl.: EPI 2: 43; EPI 2.2: 8.

<sup>1005</sup> vgl.: EPI 2: 18f.

bestanden. Die Tochter habe die Mutter „sehr liebevoll“<sup>1006</sup> behandelt. An deren Art, ihre Mutter zu behandeln, habe man merken können, dass sie „sehr an ihrer Mutter gehangen“<sup>1007</sup> habe.

### 2.2.2.3. Die Formulierung von Zielsetzungen

Welchen Zielsetzungen hat die Krankenschwester sich in der Zeit nach dem Erstbesuch verschrieben? Anzunehmen ist: Die Aufmerksamkeit im Prozess der Auswahl von Zielsetzungen auf **die zu pflegende Person** lenkend, hat die Krankenschwester es als selbstverständliches Ziel einer in der ambulanten Pflege tätigen Pflegefachkraft angesehen, solange wie möglich Pflege im häuslichen Kontext zu leisten. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat ihre Aufmerksamkeit auf Möglichkeiten und Grenzen gerichtet, den **Zustand des gesamten Körpers** durch körperliche Mobilisation „ein bißchen [sic.] zu verbessern“<sup>1008</sup>. Sie erzählt: Sie habe im Gespräch mit den Angehörigen die Bereitschaft erklärt zu probieren, den körperlichen Zustand der Patientin durch körperliche Mobilisation zu verbessern. Die Probe aufs Exempel durchführend, sei sie zu der Überzeugung gelangt, der Arbeit an einer Zielerreichung werde kein Erfolg beschieden sein. Sie habe das Ziel, den körperlichen Zustand in seiner Gesamtheit zu verbessern, als unrealistisch verworfen. Zwischen den pflegenden Parteien habe **Einigkeit** bestanden: Nicht nur die Pflegefachkraft, sondern auch die familiäre Pflegeperson habe eine sich auf den gesamten Körper erstreckende Zustandsverbesserung als unrealistische Zielsetzung betrachtet<sup>1009</sup>.

Den Ausführungen der Krankenschwester ist ferner zu entnehmen: Sie hat ihre Aufmerksamkeit auf Möglichkeiten und Grenzen gerichtet, den **Zustand eines ausgewählten Körperteils** zu wahren und zu verbessern. Anzunehmen ist: Sie hat es als selbstverständlich erachtet, sich als Pflegefachkraft das Ziel zu setzen, den Dekubitus der zu pflegenden Person<sup>1010</sup> entweder zu heilen oder zumindest seine Verschlimmerung zu vermeiden<sup>1011</sup>. Die Vermutung liegt nahe: Sie hat es zu Beginn der Fallbearbeitung unterlassen, die familiäre Pflegeperson über jene Zielsetzung aufzuklären und eine Einigung auf jene Zielsetzung herzustellen. Welche Vermutungen lassen sich über eine Unterlassung anstellen? Denkbar ist erstens: Die Krankenschwester hat Einigkeit unterstellt. Sie hat angenommen, dass es nicht nur für

---

<sup>1006</sup> ebd.: 55.

<sup>1007</sup> EPI 2.2: 8.

<sup>1008</sup> EPI 2: 52.

<sup>1009</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>1010</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1011</sup> vgl.: EPI 2: 18ff, 34f.

Personen, die eine Ausbildung zur Pflegefachkraft absolviert haben, sondern auch für Personen, die als familiäre Pflegepersonen über langjährige Erfahrungen in der häuslichen Pflege verfügen, selbstverständlich ist, jenes Ziel zu wählen. Denkbar ist zweitens: Die Krankenschwester hat befürchtet, den Konflikt mit der familiären Pflegeperson nicht vermeiden zu können, wenn sie Aufklärung geleistet hat und das gewählte Ziel nicht erreicht. Die Krankenschwester schildert: Sie habe in einem Streitgespräch, das sie im Verlauf der Fallbearbeitung anlässlich einer Verschlimmerung der „Stelle am Po“<sup>1012</sup> mit der familiären Pflegeperson geführt habe, die zwischen den pflegenden Parteien bestehende **Uneinigkeit** wahrgenommen. Die familiäre Pflegeperson habe es im Gegensatz zur Pflegefachkraft als unrealistisches Ziel betrachtet, den Dekubitus zu heilen oder seine Verschlimmerung zu vermeiden<sup>1013</sup>.

Der Krankenschwester ist nach eigener Darstellung bemüht gewesen, der zu pflegenden Person **Schmerzen** zu ersparen. Sie hat nach eigener Aussage versucht, die familiäre Pflegeperson zu motivieren, sich jenem Ziel zu verschreiben<sup>1014</sup>. Sie selber hat sich nach eigener Auskunft jenem Ziel während der Pflegeeinsätze organisationsstrukturell bedingt nur begrenzt verschreiben können<sup>1015</sup>. Hat die Krankenschwester Zielen Aufmerksamkeit geschenkt, die auf **die pflegenden Personen** bezogen gewesen sind? Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit erstens: Mit Bezug auf zu pflegende Personen und mit Bezug auf pflegende Personen gewählte Zielsetzungen lassen sich bedingt vereinbaren. Eine Verbesserung des körperlichen Zustands der zu pflegenden Person hätte den pflegenden Personen Entlastung verheißen<sup>1016</sup>. Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit zweitens, prinzipiell bestrebt zu sein, "auch" den pflegenden Personen Entlastung verschaffen<sup>1017</sup>.

Die Krankenschwester ist sich der Gegensätzlichkeit der pflegenden Parteien bewusst. Sie verdeutlicht am Beispiel der Pflege am Wochenende: Entlastung der einen Partei kann Belastung der anderen Partei bedeuten. Sie betrachtet den Pflegeeinsatz nicht nur als Angebot zur Pflege pflegebedürftiger Personen, sondern auch als Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger. Sie ist sich einerseits der **Notwendigkeit** bewusst, pflegende Angehörige durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu entlasten. Sie weiß andererseits um die **Begrenztheit der Möglichkeiten**, pflegenden Angehörigen Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen anzubieten. Die Krankenschwester erklärt: Wenn das Pflegepersonal Einsätze von einer Dreiviertelstunde Dauer durchführe, dann eröffne sich der familiären Pflegeperson zwar eine Möglichkeit, sich

---

<sup>1012</sup> ebd.: 5.

<sup>1013</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>1014</sup> vgl.: ebd.: 35, 40.

<sup>1015</sup> vgl.: ebd.: 15f.

<sup>1016</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>1017</sup> vgl.: ebd.: 7.

Freizeit zu nehmen, aber jene Möglichkeit sei extrem begrenzt. Erstens kann die familiäre Pflegeperson in einer Dreiviertelstunde Freizeit „großartig nichts unternehmen, außer mit ihrem Mann in Ruhe Kaffee trinken“<sup>1018</sup> und zweitens muss sie „den Rest des Tages immer alles übernehmen“<sup>1019</sup>. Die Krankenschwester betrachtet weniger den Einsatz des Pflegepersonals, als vielmehr den Tod der pflegebedürftigen Person als Möglichkeit einer effektiven Entlastung der familiären Pflegeperson. Sie bewertet jenen Tod nicht nur als „Erlösung“<sup>1020</sup> für die pflegebedürftige Person, sondern auch als Erlösung für die familiäre Pflegeperson<sup>1021</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Wenn die pflegebedürftige Person gestorben ist, „dann kann die familiäre Pflegeperson wieder schalten und walten, wie sie will“<sup>1022</sup>. Die Krankenschwester stellt in der Erzählzeit verallgemeinernd fest: Wenn Pflegebedarf extremen Ausmaßes im häuslichen Kontext bewältigt werden soll, dann ist es normal und unvermeidbar, dass die Familie in einem extremen Ausmaß beansprucht wird<sup>1023</sup>.

Die Pflegekraft weiß: Die Praxis der ambulanten Pflege ist durch die Politik des Trägers des gemeindlichen Pflegedienstes begrenzt. Pflegenden Angehörigen im Extremfall **die nötige Entlastung** durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu verschaffen, betrachtet die Pflegekraft als **unrealistisches Bestreben** eigenen Handelns. Ihnen **eine soweit wie möglich gehende Entlastung** durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten, bewertet sie hingegen als **realistisches Bestreben**. Der Pflegeeinsatz als Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger kann, aus der Perspektive der Pflegekraft und aus der Perspektive des Trägers betrachtet, allerdings nicht nur **erwünschte**, sondern auch **unerwünschte Auswirkungen** auf das Engagement der familialen Netzwerke haben.

- Die Krankenschwester verweist erstens auf eine im Team der Pflegekräfte bestehende Einigkeit in den Vorstellungen über erwünschte und unerwünschte Auswirkungen des eigenen Engagements auf das Engagement der familialen Netzwerke. Das Pflegepersonal ist der Auffassung: Ein Engagement der Pflegekräfte soll das Engagement der familialen Netzwerke stärken. Eine Stärkung des familialen Engagements lässt sich möglicherweise nicht nur durch Beratung, die auf Befähigung zur Aufgabenerledigung zielt, sondern auch durch Übernahme von Pflegeeinsätzen erreichen, die auf Befreiung von alleiniger Aufgabenerledigung gerichtet ist. Das Pflegepersonal hegt die Befürchtung: Das

---

<sup>1018</sup> ebd.: 37.

<sup>1019</sup> ebd.: 52.

<sup>1020</sup> ebd.: 42.

<sup>1021</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>1022</sup> ebd.: 43.

<sup>1023</sup> vgl.: ebd.: 58.

Engagement der familialen Netzwerke wird durch Übernahme von Pflegeeinsätzen geschwächt<sup>1024</sup>. Führt ein Engagement der Pflegekräfte nicht zu einer Stärkung, sondern zu einer Schwächung des familialen Engagements droht ein Belastungsanstieg auf Seiten des Pflegepersonals und eine Destabilisierung der häuslichen Pflege.

- Die Krankenschwester weist zweitens auf die seitens der Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes gefällte Entscheidung hin, dass für ausgewählte Pflegeleistungen künftig Gebühren zu erheben sind und dass die Höhe der finanziellen Selbstbeteiligung von der praktischen Selbstbeteiligung abhängig zu machen ist. Jene Neuregelung kann der Pflegekraft eine Möglichkeit eröffnen, einer Schwächung des familialen Engagements entgegenzuwirken. Wenn Angehörige im Rahmen eines Pflegeeinsatzes nach Ansicht der Pflegekraft praktische Selbstbeteiligung erkennen lassen, dann sollen die im Rahmen der finanziellen Selbstbeteiligung zu tragenden Pflegekosten gesenkt werden. Jene Neuregelung der ambulanten Pflege kann jedoch nicht nur zu einer Stärkung, sondern auch zu einer Schwächung des familialen Engagements führen: Erstens erhalten familiäre Netzwerke die Möglichkeit, sich durch finanzielle Selbstbeteiligung von der Verpflichtung zur praktischen Selbstbeteiligung im Rahmen eines Pflegeeinsatzes zu befreien. Zweitens wird einer Überforderung familialer Netzwerke Vorschub geleistet, wenn ohnehin begrenzte Möglichkeiten der Entlastung eine weitergehende Begrenzung erfahren<sup>1025</sup>.

Die Krankenschwester verdeutlicht zwar, die Angehörigen punktuell in den Prozess der Kommunikation über Zielsetzungen eingebunden zu haben. Sie verdeutlicht jedoch nicht, eine durch Übernahme von Pflegeeinsätzen mögliche Entlastung der familiären Pflegeperson in jenem Kommunikationsprozess eigens als Ziel deklariert zu haben. Erkennbar wird das Bestreben der Krankenschwester, nach Möglichkeit eigene Belastungen zu senken<sup>1026</sup> und einen (extremen) Anstieg eigener Belastungen zu vermeiden<sup>1027</sup>. Die Krankenschwester befürchtet: Die Angehörigen, im Besonderen wie im Allgemeinen, schädigen im Kontakt mit dem Hausarzt das Image der Pflegekraft und schädigen durch jene Imageschädigung die künftige Arbeitsbeziehung zwischen

---

<sup>1024</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1025</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>1026</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>1027</sup> vgl.: ebd.: 20, 54.



Pflegekraft und Hausarzt<sup>1028</sup>. Sie erklärt: Sie verfare im Kontakt mit Angehörigen „ein bißchen [sic.] vorsichtig“<sup>1029</sup>, um ihnen keinen Anlass zu bieten, begründetermaßen Imageschädigung zu betreiben. Sie zeigt sich bestrebt, zu vermeiden, dass sich jene Befürchtungen bewahrheiten und dass sich eigene Belastungen durch jene sich bewahrheitenden Befürchtungen verschärfen<sup>1030</sup>.

#### 2.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensum

Der Zustand der **zu pflegenden Person** ist nach Darstellung der Krankenschwester mit einem extrem hohen Unterstützungsbedarf verknüpft gewesen<sup>1031</sup>. Die Krankenschwester spezifiziert in der Erzählzeit sowohl **Bedarf an medizinischer Behandlung**, als auch **Bedarf an Pflege**. Sie berichtet: Der Zucker sei durch Medikamente und die Unterzuckerung durch Apfelsaft zu behandeln gewesen<sup>1032</sup>. Es sei nicht nur eine Dekubitusbehandlung, sondern auch eine begleitende Schmerzbehandlung unter Einsatz von „Schutzverband“<sup>1033</sup> und "Tropfen"<sup>1034</sup> indiziert gewesen. Die zu pflegende Person habe immer der Aufsicht bedurft<sup>1035</sup> und sie habe der Hilfe zur Alltagsbewältigung bedurft: Sie sei selbst mit Hilfe nicht in der Lage gewesen, im Rahmen der Alltagsbewältigung anfallende Alltagsaktivitäten zu meistern<sup>1036</sup>. Da die Bettlägerigkeit sich im Verlaufe der Zeit als Dauerzustand erwiesen habe<sup>1037</sup>, sei es erforderlich gewesen, die bettlägerige Person immer zu drehen<sup>1038</sup>. Die Krankenschwester bedient sich bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit der Strategie des Fallvergleichs. Sie erklärt: Die Seniorin habe zu jenen Fällen gezählt, die als „sehr pflegebedürftig“<sup>1039</sup> gelten. Sie sei pflegebedürftig „wie ein Säugling“<sup>1040</sup> gewesen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Es hat der formellen Pflege bedurft. Im Verlaufe der Zeit hat sich gezeigt, dass es auch am Wochenende der formellen Pflege bedurft hat<sup>1041</sup>.

In der Erzählzeit attestiert die Krankenschwester der **familiären Pflegeperson** Unterstützungsbedarf. Sie vertritt die Auffassung: Die familiäre Pflegeperson habe „ein

---

<sup>1028</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>1029</sup> ebd.: 30.

<sup>1030</sup> vgl.: ebd.: 26f, 28ff.

<sup>1031</sup> vgl.: ebd.: 14, 33.

<sup>1032</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>1033</sup> ebd.: 35.

<sup>1034</sup> ebd.: 40.

<sup>1035</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>1036</sup> vgl.: ebd.: 50, 55.

<sup>1037</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1038</sup> vgl.: EPI 2.2: 7.

<sup>1039</sup> EPI 2: 50.

<sup>1040</sup> EPI 2.2: 7.

<sup>1041</sup> vgl.: EPI 2: 13.

bißchen [sic.] Freizeit am Tag benötigt“<sup>1042</sup>. Sie habe sowohl der Hilfestellung bei der Pflege<sup>1043</sup>, als auch der Pflegeberatung bedurft<sup>1044</sup>. Sie erklärt: Die familiäre Pflegeperson habe sich nicht nur durch ihre Bereitschaft<sup>1045</sup>, sondern auch durch ihre Fähigkeit ausgezeichnet, häusliche Pflege zu leisten<sup>1046</sup>. Die Pflegeberatung sei in Spezialfragen häuslicher Pflege angezeigt gewesen: Welche Standards gelten für die Pflege einer bettlägerigen Person mit Dekubitus? Welche Standards gelten für die Schmerzbehandlung eines Patienten? Bedarf an psychologischer Behandlung bleibt in der Erzählzeit unerwähnt.

## 2.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben

### 2.2.2.5.1. Die Pflege

Wie sind die im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege anfallenden Aufgaben verteilt worden? Die Krankenschwester ist sich bewusst: Die Erbringung der Pflegeleistungen ist erstens vorrangig Aufgabe der Angehörigen. Sie ist zweitens ungleich über die Gesamtheit der für sie wahrnehmbaren Angehörigen verteilt. Die Krankenschwester beschreibt das **Engagement der Angehörigen**. Sie berichtet: Die **familiäre Pflegeperson** habe das Gros der Pflegeleistungen erbracht. Sie habe die pflegebedürftige Person rund um die Uhr gepflegt<sup>1047</sup>. Sie habe sie beaufsichtigt<sup>1048</sup>. Sie habe die Pflege des Körpers der bettlägerigen Person<sup>1049</sup>, das Betten und Lagern<sup>1050</sup> sowie die Dekubitusbehandlung übernommen<sup>1051</sup>. Sie habe der zu pflegenden Person Nahrung und Flüssigkeit eingeflößt<sup>1052</sup> und habe ihr alle Medikamente verabreicht<sup>1053</sup>. Sie habe Unterstützung durch Angehörige erhalten. Der **Ehemann** sei die Kardinalfigur unter allen sie unterstützenden Angehörigen gewesen: Er sei nicht mehr berufstätig gewesen<sup>1054</sup>. Er habe nicht nur sein eigenes Leben geführt, sondern habe auch seine

---

<sup>1042</sup> ebd.: 55.

<sup>1043</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1044</sup> vgl.: ebd.: 26, 33, 35, 40.

<sup>1045</sup> vgl.: EPI 2: 36, 43; EPI 2.2: 7f.

<sup>1046</sup> vgl.: EPI 2: 38, 54.

<sup>1047</sup> vgl.: EPI 2: 52.

<sup>1048</sup> vgl.: ebd.: 44, 59.

<sup>1049</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>1050</sup> vgl.: ebd.: 19f.

<sup>1051</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1052</sup> vgl.: EPI 2: 51; EPI 2.2: 7.

<sup>1053</sup> vgl.: EPI 2: 27.

<sup>1054</sup> vgl.: EPI 2.2: 9.

Ehefrau in deren Funktion als Pflegeperson unterstützt: Er habe in ausgewählten Alltagssituationen jenseits der Pflegeeinsätze des Personals als Hilfskraft fungiert<sup>1055</sup>.

Das **Engagement der Pflegekräfte** ist im Vergleich zum Engagement der familiären Pflegeperson durch seine **Begrenztheit** gekennzeichnet. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe pro Einsatz „eine Dreiviertelstunde“<sup>1056</sup> reserviert. Es habe im Verlaufe der Zeit zwar die Anzahl der Einsätze pro Woche erhöht, nicht aber die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag: Es habe zusätzlich zu den Einsätzen an den regulären Arbeitstagen den Wochenenddienst übernommen. Es habe fortwährend jeweils einen Einsatz pro Einsatztag absolviert<sup>1057</sup>. Es habe im Verlaufe der Zeit die Anzahl des pro Einsatz einzuplanenden Personals reduziert: In der Phase erschwerter Arbeitsbedingungen, d.h. in der Phase ohne Krankenhausbett, habe es Einsätze mit doppelter Besetzung, d.h. mit zwei Belegschaftsmitgliedern, durchgeführt. In der Phase technisch erleichterter Arbeitsbedingungen, d.h. in der Phase mit Krankenhausbett, habe es Einsätze mit einfacher Besetzung, d.h. mit einem Belegschaftsmitglied, geleistet<sup>1058</sup>. Es sei im Wechsel im Einsatz gewesen. Es habe sich im Rahmen seiner Einsätze regelmäßig der Pflege des Körpers gewidmet. Es habe das Betten und Lagern<sup>1059</sup> sowie die Behandlung des Dekubitus übernommen<sup>1060</sup>. Im Unterschied zur wiederholten Dekubitusbehandlung habe der als Erste Hilfe geleisteten einmaligen Behandlung der Unterzuckerung kein ärztlicher Auftrag zugrunde gelegen<sup>1061</sup>.

Das Engagement der Pflegekräfte zeichnet sich, verglichen mit dem Engagement der familiären Pflegeperson auch durch die Anforderung aus, das Engagement im **Einzelfall** mit dem Engagement im **Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen. Die Krankenschwester berichtet: Es sei kein Problem gewesen, den Einzelfall in den Routineplan einzupassen<sup>1062</sup>. Sie betrachtet sowohl die Fallübernahme im Besonderen, als auch Fallübernahmen im Allgemeinen als lösbares Problem. Sie erklärt: „Irgendwie geht es immer“<sup>1063</sup>. Sie wählt zu Belegzwecken das Verfahren bei Pflege- und Badefällen. Sie verkündet: Pflegefälle haben Vorrang. Badefälle „müssen Rücksicht nehmen“<sup>1064</sup>. Sie weiß: Das Pflegepersonal ist gefordert, im Einzelfall Pflege zu leisten **und** den auf den Bestand der Fälle abgestimmten Arbeitsrhythmus einzuhalten<sup>1065</sup>. Sie erklärt: Das Pflegepersonal kann die Verrichtung einer Pflegeleistung, die für die

---

<sup>1055</sup> vgl.: EPI 2: 41, 56; EPI 2.2: 7.

<sup>1056</sup> EPI 2: 37.

<sup>1057</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1058</sup> vgl.: ebd.: 11, 12.

<sup>1059</sup> vgl.: ebd.: 40, 54.

<sup>1060</sup> vgl.: ebd.: 40, 44, 54.

<sup>1061</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>1062</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>1063</sup> ebd.: 60.

<sup>1064</sup> ebd.: 60.

<sup>1065</sup> vgl.: ebd.: 54.

pflegebedürftige Person schmerzhaft ist, im Unterschied zur familiären Pflegeperson nicht unterbrechen und abwarten, bis die zu pflegende Person „sich wieder regeneriert hat“<sup>1066</sup>. Sie betont: Wenn sie an den Reaktionen der Patientin erkenne, dass diese den Vollzug einer Pflegeleistung als schmerzhaft empfinde, dann erkläre sie der Patientin, dass sie deren Reaktionen als Hinweis auf deren Schmerzempfinden deute, dass sie nicht beabsichtige, der Patientin Schmerzen zuzufügen, sondern bestrebt sei, das Wohlbefinden der Patientin zu steigern. Sie betont ferner: Sie beobachte die jener Erklärung folgenden Reaktionen der Patientin, um sich zu vergewissern, dass die Patientin in den für sie schmerzhaften Vollzug einer Pflegeleistung einwillige<sup>1067</sup>.

Die Aufmerksamkeit der Krankenschwester ist, was die Koordination und Kooperation mit den Mitgliedern des familialen Netzwerkes im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Behandlung betrifft, in der Hauptsache auf die familiäre Pflegeperson konzentriert. Der Prozess der Aufgabenverteilung ist nach Ansicht der Krankenschwester konflikthaft verlaufen. Nach Auskunft der Krankenschwester ist es im Einzelfall angezeigt gewesen, eine besondere Pflegeleistung, nämlich das Betten und Lagern der Patientin, sowohl in der Zeit während des Pflegeeinsatzes, als auch in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen zu verrichten. Nach Auffassung der Krankenschwester hat die familiäre Pflegeperson es im Prozess der Sicherstellung jener Pflegeleistung an Mitarbeit fehlen lassen: einerseits in der Zeit während des Pflegeeinsatzes, andererseits in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen. Im Rahmen einer Erzählung rekonstruiert die Krankenschwester den **Konflikt um die fehlende Mitarbeit** in der Zeit **während** des Pflegeeinsatzes. Wie lässt sich jener Konflikt, basierend auf jener seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen?

- Die seitens der Gemeinde eingeleitete Veränderung der Finanzierung des gemeindlichen Pflegedienstes sieht vor, dass für ausgewählte Pflegeleistungen künftig Gebühren zu erheben sind und dass die Höhe der finanziellen Selbstbeteiligung von der praktischen Selbstbeteiligung abhängig zu machen ist. Der personalstrukturell verankerte Anspruch, dass Angehörige sich im Bedarfsfall an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen, wird durch jene Verknüpfung von finanzieller und praktischer Selbstbeteiligung verfestigt. Die Krankenschwester ist sich einerseits bewusst, dass jene Veränderung zur Folge haben kann, dass sich Konflikte zwischen den Pflegekräften und den familialen Netzwerken verschärfen. Die Krankenschwester weiß andererseits um

---

<sup>1066</sup> ebd.: 40.

<sup>1067</sup> vgl.: ebd.: 40.

Möglichkeiten und Grenzen, ihrerseits einer Konfliktverschärfung auszuweichen<sup>1068</sup>.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat den Konflikt um die fehlende Mitarbeit in der Zeit während des Einsatzes zu Beginn der Fallbearbeitung selber gebahnt,<sup>1069</sup> aber erst im Verlaufe der Fallbearbeitung wahrgenommen und bearbeitet. Sie hegt zwar den **Anspruch**, dass Angehörige der Pflegekraft unter bestimmten Bedingungen bei der Verrichtung von körperlich belastenden Arbeiten helfen, hat jenen Anspruch jedoch **nicht angemeldet**<sup>1070</sup>. Sie hat es im Unterschied zur Krankenpflegehelferin erstens regelmäßig unterlassen, die familiäre Pflegeperson aufzufordern, beim Betten und Lagern zu helfen<sup>1071</sup>, und sie hat es im Unterschied zur Krankenpflegehelferin zweitens unterlassen, sich der familiären Pflegeperson regelmäßig als Zweitkraft zu bedienen<sup>1072</sup>. Die Krankenschwester erklärt die Unterschiede in den Handlungen der Pflegekräfte nicht mit Unterschieden in den Anspruchshaltungen, sondern mit Unterschieden in der Resolutheit, Ansprüche anzumelden: Die Krankenpflegehelferin ist nach Ansicht der Krankenschwester „resoluter“<sup>1073</sup>.
- Die Unterschiede in den Handlungsweisen der Pflegekräfte können die Handlungsunsicherheit auf Seiten der familiären Pflegeperson erhöhen. Die Krankenschwester erkennt zwar an, dass sich ihr die Möglichkeit eines **Lernens am Modell** geboten hat: Sie bekundet, an der Person der Krankenpflegehelferin erfahren zu haben, dass Resolutheit die Chancen auf Entlastung erhöht<sup>1074</sup>, und an der eigenen Person erlebt zu haben, dass mangelnde Resolutheit die Chancen auf Entlastung mindert<sup>1075</sup>. Die Krankenschwester erklärt aber, von der Möglichkeit eines Lernens am Modell keinen Gebrauch gemacht zu haben. Sie erläutert die Beibehaltung der eigenen Handlungspraxis mit der Feststellung: Ihr persönlich behagt es nicht, eine familiäre Pflegeperson, die sich der zu verrichtenden Arbeiten bewusst ist, aufzufordern, bei der Verrichtung jener Arbeiten Hilfestellung zu leisten<sup>1076</sup>.

---

<sup>1068</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>1069</sup> vgl.: ebd.: 11, 13, 17.

<sup>1070</sup> vgl.: ebd.: 15ff.

<sup>1071</sup> vgl.: ebd.: 14f.

<sup>1072</sup> vgl.: ebd.: 15ff, 39.

<sup>1073</sup> ebd.: 14, 16.

<sup>1074</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>1075</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>1076</sup> vgl.: ebd.: 16.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat in der Phase technisch erleichterter Arbeitsbedingungen, d.h. nach Einführung des Krankenhausbettes, entschieden, Personal pro Pflegeeinsatz abzubauen und an allen regulären Arbeitstagen des Personals, d.h. von montags bis freitags, Pflegeeinsätze mit einfacher Besetzung, d.h. mit einem Belegschaftsmitglied, durchzuführen. Sie ist in der Phase technisch erleichterter Arbeitsbedingungen von der Annahme ausgegangen: An allen regulären Arbeitstagen, d.h. von montags bis freitags, besteht fortgesetzter Bedarf an formeller Pflege. Es bedarf pro Einsatz jeweils des Engagements einer Pflegekraft<sup>1077</sup>.

Wie stellt sich jener Konflikt, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entscheidung, in der Phase technisch erleichterter Arbeitsbedingungen Personal pro Pflegeeinsatz abzubauen und von Einsätzen mit doppelter Besetzung auf Einsätze mit einfacher Besetzung umzustellen. Sie hat sich nach eigener Darstellung entschieden: In der Phase technisch erleichterter Arbeitsbedingungen wird dem Einsatz eines Belegschaftsmitgliedes der Vorzug vor dem Einsatz zweier Belegschaftsmitglieder gegeben. In der Erzählzeit jene in der erzählten Zeit liegende Entscheidung begründend, fügt die Krankenschwester hinzu: da eine Pflegekraft alleine die Arbeit gut habe bewältigen können, nachdem jenes technische Hilfsmittel zur Verfügung gestanden habe<sup>1078</sup>. In der Erzählzeit das Urteil über die Arbeitserleichterung durch Einsatz jenes technischen Hilfsmittels einschränkend, erklärt die Krankenschwester: Wenn der Pflegekraft keine zweite Hilfskraft zur Verfügung gestanden habe, dann habe sich der Vollzug ausgewählter Pflegeleistungen, nämlich das Betten und Lagern der Patientin, für die Pflegekraft als körperlich belastender und für die zu pflegende Person als schmerzhafter erwiesen<sup>1079</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie ist bei der Entscheidung, Personal pro Pflegeeinsatz abzubauen, von der Annahme ausgegangen, dass der familiären Pflegeperson in der Zeit während der Einsätze des Personals der **Vorrang** als Zweitkraft eingeräumt wird. Sie hat unterstellt, dass die familiäre Pflegeperson der Pflegekraft Hilfestellung leistet.

Die Krankenschwester berichtet: Jener Zeitraum, in dem das Pflegepersonal Einsätze mit einfacher Besetzung geleistet habe, sei in zwei Phasen zerfallen. Kennzeichnend für die **erste Phase** sei gewesen, dass die **Abwesenheit** der familiären Pflegeperson vom

---

<sup>1077</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>1078</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1079</sup> vgl.: ebd.: 15f.

Arbeitsplatz der Pflege eine Ausgangsbedingung für jedweden zu absolvierenden Einsatz gewesen sei. Die Krankenschwester bietet Einblicke in den Verlauf jener ersten Phase an. Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf den vermutlich **ersten Pflegeeinsatz**, den sie in der Woche absolviert hat, in welcher sie erstmals alleine für den Einsatz eingeteilt gewesen ist<sup>1080</sup>. Sie erzählt: Sie habe angenommen, dass die familiäre Pflegeperson Hilfe anbieten werde. Sie habe die Patientin alleine gewaschen und habe festgestellt, die Angehörige erscheint nicht. Sie habe die Patientin alleine gedreht und habe festgestellt: „Es kommt immer noch keiner“<sup>1081</sup>. Die familiäre Pflegeperson sei nicht im Verlauf, sondern erst am Ende jenes Arbeitsprozesses erschienen und habe bemerkt: „Ach, Sie haben schon alles geschafft?“<sup>1082</sup> Wie hat die Krankenschwester reagiert? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe die Angehörige in deren Wahrnehmung bestätigt. Dann habe sie sich von der familiären Pflegeperson verabschiedet. Die Krankenschwester lässt jene Erzählung in die verallgemeinernde Feststellung münden: „Und so ging das die ganze Woche durch“<sup>1083</sup>.

Die Krankenschwester richtet die Aufmerksamkeit auf eine **Fallbesprechung**, die vermutlich unter Ausschluss der familiären Pflegeperson stattgefunden hat. Sie erzählt: Als ihr die Situation „nach drei Tagen ein bißchen [sic.] zu blöd“<sup>1084</sup> geworden sei, habe sie die Krankenpflegehelferin gefragt. Die Krankenpflegehelferin habe geantwortet: "Ich gehe immer hin und sage: Sie müssen jetzt mal mitkommen und müssen mal anfassen“<sup>1085</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage erklärt, dass sie die Tochter nicht auffordere, behilflich zu sein. Sie habe erläuternd hinzugefügt: Wenn die Tochter ihre Mutter langjährig gepflegt habe, dann wisse die Tochter von alleine, dass Hilfestellung geboten sei. Sie „laufe nicht noch hinter ihr her“<sup>1086</sup>, um Hilfe einzufordern. Die Krankenschwester ist sich nach eigener Aussage in der Kommunikation mit der Krankenpflegehelferin bewusst geworden, dass die familiäre Pflegeperson zwar auch bei Einsätzen der Krankenpflegehelferin a priori nicht als zweite Arbeitskraft am Arbeitsplatz der Pflege zur Verfügung steht, dass die Krankenpflegehelferin aber im Unterschied zu ihr Kontakt zur familiären Pflegeperson herstellt und die Forderung nach Hilfestellung erhebt. Die Krankenschwester lässt die Schilderung jener Fallbesprechung in die Deklaration der eigenen Handlungspräferenz münden. Sie verkündet: Sie verrichte die körperlich schweren Arbeiten lieber alleine, als die familiäre Pflegeperson, die weiß, dass Hilfestellung angezeigt ist, aufzufordern, bei der Verrichtung körperlich schwerer

---

<sup>1080</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>1081</sup> ebd.: 15.

<sup>1082</sup> ebd.: 15.

<sup>1083</sup> ebd.: 15.

<sup>1084</sup> ebd.: 15.

<sup>1085</sup> ebd.: 15.

<sup>1086</sup> ebd.: 15.

Arbeit Hilfe zu leisten. Die Krankenschwester verknüpft jene Deklaration mit der Bestimmung des Verhältnisses zwischen eigener Handlungspräferenz und eigener Handlungspraxis. Sie betont: Sie habe die körperlich schwere Arbeit stets verrichtet, ohne die Hilfe der familiären Pflegeperson eingefordert zu haben<sup>1087</sup>. Die Krankenschwester verknüpft nicht die Beschreibung der eigenen Handlungspraxis, sondern die Beschreibung der seitens der Krankenpflegehelferin gewählten Handlungspraxis mit der Feststellung eines sich regelmäßig einstellenden, in der Mobilisierung von Hilfe messbaren Handlungserfolges. Sie erklärt: „Und dann faßt [sic.] sie auch mit an“<sup>1088</sup>.

Die Krankenschwester erzählt: Als sie erneut zu **Pflegeeinsätzen** eingeteilt gewesen war, seien die entfernt lebenden Kinder und Enkelkinder zu Besuch gewesen und sie habe sich „wieder alleine abgequält“<sup>1089</sup>. Die Krankenschwester kommentiert den Verlauf jener besonderen Sequenz von Pflegeeinsätzen mit der Bemerkung: Wenn die Kinder und Enkelkinder der familiären Pflegeperson einen Besuch abstatten, dann kann sie nicht erwarten, dass die Angehörige ihr hilft<sup>1090</sup>. Die Krankenschwester betrachtet unterlassene Hilfestellung von Seiten der familiären Pflegeperson lediglich unter besonderen Umständen als entschuldigtes Fehlen.

Die Krankenschwester berichtet: Kennzeichnend für die **zweite Phase** sei gewesen, dass die **Anwesenheit** der familiären Pflegeperson am Arbeitsplatz der Pflege zur Ausgangsbedingung für jedweden zu absolvierenden Einsatz geworden sei. In jener Phase hat vermutlich eine **Fallbesprechung** unter Ausschluss der Angehörigen stattgefunden. Die Krankenschwester schildert: Die Krankenpflegehelferin habe die Auffassung vertreten, die beobachtete Veränderung in der Handlungspraxis der familiären Pflegeperson hänge mit der Neuregelung der ambulanten Pflege zusammen, die auf eine Verknüpfung zwischen finanzieller und praktischer Selbstbeteiligung bei ausgewählten Pflegeleistungen gerichtet sei. Die Krankenpflegehelferin habe erklärt: „Das kommt nur daraufhin, wenn sie dabei ist und Dir hilft, kostet es nur fünf Mark. Und wenn Du es alleine machst, kostet es zehn Mark“<sup>1091</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage sowohl die Folgeprobleme besprochen, die der ambulanten Pflegepraxis aus der eingeführten Veränderung erwachsen, als auch die Möglichkeiten und Grenzen behandelt, jene Folgeprobleme zu bearbeiten. Die Krankenschwester erzählt erstens: Sie habe der Krankenpflegehelferin mitgeteilt, dass es ihr persönlich ein **Problem** sei, wenn Angehörige während ihrer Einsatzzeit am Arbeitsplatz anwesend

---

<sup>1087</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>1088</sup> ebd.: 16.

<sup>1089</sup> ebd.: 15.

<sup>1090</sup> ebd.: 15.

<sup>1091</sup> ebd.: 16.



seien und es unterlassen, unaufgefordert Hilfe zu leisten, und dass es ihr dann unter der Bedingung jener für sie konflikträchtigen Arbeitssituation lieber sei, wenn Angehörige während ihrer Einsatzzeit am Arbeitsplatz nicht anwesend seien. Die Krankenschwester erzählt zweitens: Sie habe der Krankenpflegehelferin mitgeteilt, dass sie die Möglichkeit sehe, eine **Problemlösung** zu wählen, die zwar „nicht an die große Glocke“<sup>1092</sup> gehöre, aber die Konflikträchtigkeit der Arbeitssituation mindere. Sie habe betont: Sie kann jederzeit erklären, dass die familiäre Pflegeperson ihr durch Übernahme der Vorarbeiten für einen Einsatz behilflich gewesen ist<sup>1093</sup>.

Nach Aussage der Krankenschwester sind die **Pflegeeinsätze**, die sie in jener zweiten Phase durchgeführt hat, einerseits von **Regelmäßigkeiten** im Prozess der Interaktion beider Parteien geprägt gewesen. Die Krankenschwester berichtet: Erstens habe sie es stets unterlassen, die familiäre Pflegeperson aufzufordern, Hilfestellung zu leisten<sup>1094</sup>. Zweitens habe die familiäre Pflegeperson die eigene Anwesenheit am Arbeitsplatz der Pflege stets genutzt, Berichterstattung über Eigenleistungen in der häuslichen Pflege zu betreiben<sup>1095</sup>. Nach Auskunft der Krankenschwester sind die Pflegeeinsätze andererseits durch **Wechselhaftigkeiten** im Interaktionsprozess gekennzeichnet gewesen. Die pflegende Angehörige ist nach Aussage der Krankenschwester unterschiedlich verfahren. Die Krankenschwester berichtet: Mitunter habe die familiäre Pflegeperson sie beim Vollzug der Arbeit nur beobachtet<sup>1096</sup>. Mitunter habe sie bei der Verrichtung der Arbeit Hilfestellung geleistet<sup>1097</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe mitunter den Eindruck gewonnen, die pflegende Angehörige habe Bedenkzeit gebraucht, um sich zu entscheiden, Hilfe zu leisten<sup>1098</sup>. Vermutlich hat die Krankenschwester die Beobachtung, die Angehörige steht, als Anzeichen für eine unvollendete Bedenkzeit gedeutet und hat die Beobachtung, die Angehörige kommt<sup>1099</sup>, als Anzeichen für eine vollendete Bedenkzeit interpretiert. Die Krankenschwester ist nach eigener Darstellung je nach Stand der Deutung über den Stand der vermuteten Bedenkzeit ihrerseits unterschiedlich verfahren. Die Krankenschwester erklärt: Wenn die Angehörige abwartend steht, dann biete sie der Angehörigen an, das Frühstück in Ruhe zu beenden. Dann beeile die Angehörige sich, das Angebot anzunehmen, „düst ab und kommt wieder, wenn die Arbeit soweit erledigt sei“<sup>1100</sup>. Wenn die Angehörige „langsam angedackelt kommt“<sup>1101</sup>,

---

<sup>1092</sup> ebd.: 16.

<sup>1093</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>1094</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>1095</sup> vgl.: ebd.: 57.

<sup>1096</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>1097</sup> vgl.: ebd.: 17, 39.

<sup>1098</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>1099</sup> vgl.: ebd.: 38f.

<sup>1100</sup> ebd.: 38.

<sup>1101</sup> ebd.: 39.

dann nehme sie die Hilfe der Angehörigen in Anspruch. Die Krankenschwester erläutert die Entscheidung, das Ende der vermuteten Bedenkzeit nicht abzuwarten, sondern die Angehörige in die Frühstückspause zu entlassen und sie von der Pflicht, Hilfestellung zu leisten, zu befreien: „Ich meine, mir ist das auch lieber dann, wenn ich sie nicht um mich habe“<sup>1102</sup>.

Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat im Kontakt mit der familiären Pflegeperson auch einen **Konflikt** um die Befriedigung des **Bedürfnisses nach Anerkennung pflegerischen Engagements** erlebt. Jener Konflikt ist möglicherweise aufgebrochen, als die familiäre Pflegeperson durch ihre Anwesenheit am Arbeitsplatz jene neue Ausgangsbedingung für Pflegeeinsätze geschaffen hat. Die Krankenschwester verweist erstens auf eine Handlungsweise, die die familiäre Pflegeperson mit Regelmäßigkeit gewählt hat. Sie berichtet: Die familiäre Pflegeperson referiere über die Hilfestellungen, die sie für die zu pflegende Person erbringe, und verschaffe sich die Anerkennung, die sie brauche. In der Erzählzeit die eigene Haltung verdeutlichend, übt die Krankenschwester Kritik an jener mit Regelmäßigkeit gewählten Handlungsweise. Sie erklärt: Jene Handlungsweise sei ihr persönlich mitunter unerträglich. Sie meine, wenn sie ihrerseits beständig von ihren berufsmäßig erbrachten Hilfeleistungen berichten würde, dann ginge sie „den Leuten damit auch auf den Geist“<sup>1103</sup>. Sie ist der Auffassung: Nicht nur formelle Hilfe, sondern auch informelle Hilfe ist selbstverständlich und gehört „nicht an die große Glocke“<sup>1104</sup>. Sie verdeutlicht weder, die Angehörige über jene persönliche Vorstellung von Selbstverständlichkeit aufgeklärt zu haben, noch verdeutlicht sie, die eigene Vorstellung von Selbstverständlichkeit in Frage gestellt und die sich bietende Möglichkeit genutzt zu haben, am Modell zu lernen. Die Vermutung liegt nahe: Sie ist dem Kontakt mit der Angehörigen nach Möglichkeit ausgewichen. Im Rahmen einer Erzählung rekonstruiert die Krankenschwester den **Konflikt um die fehlende Mitarbeit** in der Zeit **zwischen** den Pflegeeinsätzen. Wie lässt sich jener Konflikt, basierend auf jener seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen?

- Vermutlich hat die Krankenschwester auch den **Konflikt um die fehlende Mitarbeit** in der Zeit **zwischen** den Pflegeeinsätzen des Personals gebahnt. Zu vermuten steht: Die Krankenschwester hat sich zu Beginn der Fallbearbeitung zwar dem Ziel verschrieben, den Dekubitus zu heilen oder zumindest seiner Verschlimmerung vorzubeugen, hat es zu Beginn der Fallbearbeitung aber

---

<sup>1102</sup> ebd.: 38.

<sup>1103</sup> ebd.: 57.

<sup>1104</sup> ebd.: 18.

unterlassen, sich mit den Angehörigen erstens über das **Ziel** und zweitens über die **Arbeit an der Zielerreichung** zu einigen<sup>1105</sup>. Zwecks Zielerreichung ist es aus Sicht der Krankenschwester angezeigt gewesen, eine besondere Pflegeleistung, das Betten und Lagern der zu pflegenden Person, im Tagesverlauf wiederholt zu verrichten. Der seitens der Krankenschwester gehegte Anspruch, dass vorrangig die Angehörigen die Arbeit an der Zielerreichung übernehmen, ist organisationsstrukturell bedingt<sup>1106</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage im Verlauf der Fallbearbeitung erkannt, dass sich das gesetzte Ziel nicht hat erreichen lassen<sup>1107</sup>.

- Die Verrichtung jener zwecks Zielerreichung indizierten Pflegeleistung hat sich nach Darstellung der Krankenschwester als **seelisch belastende Arbeit** erwiesen. Die Krankenschwester verweist erstens auf eine **Gemeinsamkeit zwischen den pflegenden Parteien**: Aus Sicht der Krankenschwester ist es sowohl für die Pflegekraft, als auch für die familiäre Pflegeperson abschreckend gewesen, beim Vollzug jener Pflegeleistung gefordert zu sein, der zu pflegenden Person unabsichtlich Schmerzen zuzufügen und deren Leiden an jenen Schmerzen zu erleben<sup>1108</sup>. Die Krankenschwester verweist zweitens auf einen **Unterschied zwischen den pflegenden Parteien**: Sie erklärt, dass sie selber jene Pflegeleistung vollziehe, ohne sich abschrecken zu lassen<sup>1109</sup>. Sie erklärt ferner, dass die familiäre Pflegeperson sich eine Zeitlang hat abschrecken lassen und es zeitweilig unterlassen hat, in der Zeit zwischen den Einsätzen des Personals jene besondere Pflegeleistung zu erbringen<sup>1110</sup>.
- Der Konflikt um jene Unterlassung ist nach Auskunft der Krankenschwester einerseits **beendet** worden: Nach Aussage der Krankenschwester haben Pflegepersonal und familiales Netzwerk vereinbart, die Verrichtung jener Pflegeleistung künftig durch definierte Beteiligung der pflegenden Parteien sicherzustellen. Nach Angaben der Krankenschwester lautet jene Vereinbarung: Die Pflegekräfte erhöhen, den Wochenenddienst übernehmend, die Anzahl der Einsätze pro Woche. Die Anzahl der Einsätze pro Einsatztage erhöhen sie aber nicht. Aufgabe der Angehörigen ist es, jene Pflegeleistung außerhalb jener

---

<sup>1105</sup> vgl.: ebd.: 18ff, 34f.

<sup>1106</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1107</sup> vgl.: ebd.: 21, 34.

<sup>1108</sup> vgl.: ebd.: 40, 51.

<sup>1109</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>1110</sup> vgl.: ebd.: 18f.

Einsatzzeiten zu verrichten. Die getroffene Vereinbarung zeugt von dem auf Seiten der Pflegekraft bestehenden und "im Team" des Pflegepersonals unterstützten **Anspruch**, dass vorrangig Angehörige an der Erreichung jenes für die Pflege typischen Zieles arbeiten<sup>1111</sup>, dass Angehörige in der Zeit zwischen den Einsätzen des Pflegepersonals einer Pflegekraft vergleichbar fungieren und jene zwecks Zielerreichung indizierte Pflegeleistung übernehmen, **ohne** sich abschrecken zu lassen<sup>1112</sup>.

- Nach Aussage der Krankenschwester haben die Pflegekräfte bei der Entscheidung, die eigene Beteiligung am Drehprogramm auszubauen, zwei **Alternativen** in **Erwägung** gezogen: erhöhte Anzahl von Einsätzen pro Einsatztag einerseits, erhöhte Anzahl von Einsatztagen pro Woche andererseits. Die Pflegekräfte haben sich bei der **Wahl** zwischen den erwogenen Alternativen nach Aussage der Krankenschwester **gegen** die Möglichkeit, die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag zu erhöhen, und **für** die Möglichkeit, die Anzahl der Einsatztage pro Woche zu erhöhen, entschieden<sup>1113</sup>. Die Wahl belegt: Bedarf an formeller Pflege ist eine interpretationsbedürftige Größe. Die Wahl zeugt von der Entschlossenheit des Personals, gestiegenen Bedarf an formeller Pflege anzuerkennen. Sie zeugt ferner von der Entschlossenheit des Personals, nicht nur eine Unterschätzung, sondern auch eine Überschätzung des Bedarfs an formeller Pflege zu vermeiden. Die Entscheidung, nicht die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag, sondern die Anzahl der Einsatztage pro Woche zu erhöhen, hat vermutlich zur Folge gehabt, dass die Mehrbelastung auf Seiten der Pflegekräfte auf ein Minimum beschränkt geblieben ist, derweil die Hauptlast auf Seiten der Angehörigen verblieben ist.
- Der Konflikt um jene Unterlassung hat nach Darstellung der Krankenschwester andererseits **kein Ende** gefunden: Die Krankenschwester äußert in der Erzählzeit die Befürchtung, dass eine neuerliche Verletzung jenes Anspruches nicht auszuschließen ist<sup>1114</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht in der Erzählzeit: Sie weist der familiären Pflegeperson zwar nicht die alleinige Verantwortung für die Verschlimmerung des Dekubitus zu, sie hält sie aber für **mitverantwortlich**, **ohne** eine Mitverantwortung der Pflegekräfte einzuräumen<sup>1115</sup>. Hält sie an der

---

<sup>1111</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1112</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>1113</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1114</sup> vgl.: ebd.: 51.

<sup>1115</sup> vgl.: ebd.: 20.

Vorstellung von einer Mitverantwortung der Angehörigen fest, nährt sie die eigene Verärgerung. Sie erklärt in der Erzählzeit: Auf der Haut bettlägeriger Patienten beobachtbare „Striemen und Falten“<sup>1116</sup> lassen auf unterlassene Hilfestellung im Prozess der Lagerung schließen. Die Verschlimmerung eines Druckgeschwürs sei „natürlich die Strafe“<sup>1117</sup> für jene Unterlassung. Sie persönlich empfinde Verärgerung über jeden sich als Folge mangelnde Pflege entwickelnden Dekubitus<sup>1118</sup>.

Wie stellt sich jener Konflikt, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester hat sich nach eigener Darstellung in einer **ersten Phase** gefordert gesehen, das Phänomen einer von Striemen und Falten gezeichneten Haut zu deuten und zu bearbeiten. Die Aufmerksamkeit der Krankenschwester ist nach eigener Aussage auf folgende Fragen konzentriert gewesen: Hat die familiäre Pflegeperson die Drehregel verletzt? Wie lässt sich die Verletzung der Drehregel erklären? Wie kann die familiäre Pflegeperson beeinflusst werden, die Drehregel künftig einzuhalten? Wie ist fehlende Beeinflussbarkeit zu behandeln? Die Krankenschwester rekonstruiert eine Sequenz von vier **Pflegeeinsätzen**. Sie erzählt: Sie habe die bettlägerige Patientin wie gewohnt gewaschen und seitlich gelagert. Sie habe sie auf der linken Seite liegend verlassen. Am anderen Morgen habe sie sie auf der linken Seite liegend vorgefunden. Sie habe sich in der erzählten Zeit zwar gewundert, da die Patientin des Nachts stets auf der rechten Seite gelegen habe. Sie habe aber zunächst nichts gesagt, sondern habe die Pflege verrichtet: Sie habe die zu pflegende Person gewaschen und auf die andere Seite gedreht. Am anderen Morgen habe sie die Patientin wieder auf der Seite liegend angetroffen<sup>1119</sup>. Sie habe der familiären Pflegeperson mitgeteilt, dass sie den Eindruck habe, dass die Angehörige es unterlassen habe, die Patientin zu drehen. Die pflegende Angehörige habe sich vermutlich angegriffen gefühlt und erklärt, dass sie unzählige Leistungen für ihre Mutter erbringe, dass sie gefordert sei, ihre Mutter wiederholt zu drehen, und dass das Drehen für ihre Mutter schmerzhaft sei. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester die Angehörige in der erzählten Zeit jenes Gespräches über die Folgen unterlassenen Drehens belehrt. Sie hat nach eigener Auskunft auf die Möglichkeit einer Verschlimmerung des Dekubitus hingewiesen<sup>1120</sup>. Vermutlich hat sie sie in der erzählten Zeit jenes Gespräches auch über die Möglichkeiten einer

---

<sup>1116</sup> ebd.: 19.

<sup>1117</sup> ebd.: 19.

<sup>1118</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1119</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>1120</sup> vgl.: ebd.: 19.

Schmerzbehandlung aufgeklärt<sup>1121</sup>. Die Krankenschwester schildert: Am andern Tag habe die Patientin wiederum auf der Seite gelegen. Die pflegende Angehörige habe der Patientin ein zusammengerolltes Tuch unter den Rücken gelegt, damit sie glaube, sie habe sie herumgedreht. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe sich „für dumm verkauft“<sup>1122</sup> gefühlt und habe es in der Folgezeit unterlassen, die Angehörige erneut über die Folgen unterlassenen Drehens zu belehren.

Sich auf die **erzählte Zeit** beziehend, schildert die Krankenschwester: Sie habe sich zunächst geärgert, dass die familiäre Pflegeperson es unterlassen habe, die zu pflegende Person zu drehen<sup>1123</sup>. Anschließend seien ihr mögliche Erklärungen für jene Unterlassung „durch den Kopf gegangen“<sup>1124</sup>. Die Krankenschwester ist der Ansicht: Jene Unterlassung ist nicht durch den Ausfall des Ehemannes als Zweitkraft, sondern durch die Natur der familiären Pflegeperson<sup>1125</sup> bedingt gewesen. In der Erzählzeit erklärt die Krankenschwester: Sie kann auch verstehen, dass die pflegende Angehörige „manchmal nicht gegen ihre Natur ankann“<sup>1126</sup> und sich entscheidet, das Drehen zu unterlassen. Sie selber würde als familiäre Pflegeperson das Drehen möglicherweise ebenfalls unterlassen und selbst als Pflegefachkraft möchte sie das Drehen gelegentlich auch unterlassen. Aber sie als Pflegekraft muss jene Pflegeleistung erbringen und der zu pflegenden Person Schmerzen zufügen. Von ihr als Pflegekraft wird erwartet, dass sie jene Pflegeleistung im Zweifelsfall mit Widerwillen erbringt. Aus Sicht der Krankenschwester besteht der Unterschied zwischen Pflegefachkraft und familiärer Pflegeperson nicht im Widerstreben, der zu pflegenden Person die mit dem Drehprozess verbundenen Schmerzen zuzufügen, sondern in der weder durch die Pflegeausbildung gezähmten, noch durch die Pflegeberatung umstandlos zähmbaren Natur der pflegenden Angehörigen<sup>1127</sup>.

Die Krankenschwester hat sich nach eigener Darstellung in einer **zweiten Phase** gefordert gesehen, das Phänomen eines vergrößerten Hautdefektes<sup>1128</sup> „am Po“<sup>1129</sup> zu deuten und zu bearbeiten. Die Aufmerksamkeit der Krankenschwester ist nach eigener Aussage auf die Frage gerichtet gewesen: Wie lässt sich die Vergrößerung des Druckgeschwürs erklären? Lässt sie sich als unvermeidbare Komplikation auslegen, d.h. als Begleiterscheinung eines Sterbeprozesses? Ist sie als vermeidbare Komplikation zu deuten, d.h. als Folge eines fehlenden Engagements der familiären Pflegeperson? Die

---

<sup>1121</sup> vgl.: ebd.: 40f.

<sup>1122</sup> ebd.: 19.

<sup>1123</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>1124</sup> ebd.: 41f.

<sup>1125</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>1126</sup> ebd.: 53.

<sup>1127</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>1128</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>1129</sup> ebd.: 21.

Krankenschwester hat die Frage nach der **Verantwortung** für das vergrößerte Druckgeschwür nach eigener Aussage sowohl im Rahmen einer Fallbesprechung mit der Krankenpflegehelferin, als auch im Rahmen eines Gespräches mit der familiären Pflegeperson behandelt. Die **Fallbesprechung** hat vermutlich unter Ausschluss der Angehörigen stattgefunden. Die Krankenschwester verdeutlicht, im Rahmen jener Fallbesprechung zwei Deutungsmodelle in Betracht gezogen zu haben: Wenn die zu pflegende Person im Sterben liegt, dann stellt die Verschlimmerung des Dekubitus eine unvermeidbare Komplikation dar, aber wenn die Verschlimmerung des Dekubitus durch mangelnde Pflege bedingt ist, dann liegt eine vermeidbare Komplikation vor. Die Krankenschwester verdeutlicht nicht, sich in der erzählten Zeit jener Fallbesprechung zwischen beiden Deutungsmodellen entschieden zu haben<sup>1130</sup>.

Die Krankenschwester rekonstruiert nicht jene Fallbesprechung, sondern das **Gespräch mit der Angehörigen** als **Streitgespräch**. Die Krankenschwester schildert: Sie habe der pflegenden Angehörigen erklärt, die Vergrößerung des Druckgeschwüres sei nicht notwendig gewesen. Die familiäre Pflegeperson habe entgegnet: „Wenn schon einmal ein Defekt da ist, ist klar, daß [sic.] es immer größer wird. Das würde sich nicht aufhalten lassen, darüber müßte [sic.] man sich im Klaren sein“<sup>1131</sup>. Wie hat die Krankenschwester reagiert? Die Krankenschwester schildert: Sie habe jene Entgegnung der Angehörigen nicht unwidersprochen gelassen. Sie habe erwidert, dass die Vergrößerung eines Dekubitus im Allgemeinen unvermeidbar sei, wenn das Druckgeschwür in die Tiefe der Haut gedrungen sei und nicht gepflegt werde, dass aber im besonderen Einzelfall jene Voraussetzungen für die Unvermeidbarkeit einer Vergrößerung nicht gegeben gewesen seien. Sie habe der Angehörigen gesagt: „Sie machen doch sonst alles. Sie cremen sie ein. Sie kämmen sie. Sie schneiden ihr die Fingernägel. Warum können Sie sie dann nicht wenigstens einmal am Tag herumdrehen?“<sup>1132</sup> Die familiäre Pflegeperson habe geantwortet: „Ja, das tut doch der Mutter alles weh“<sup>1133</sup>. Der Schilderung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Krankenschwester hat die Auffassung vertreten, die Vergrößerung des Dekubitus wäre **vermeidbar** gewesen. Die pflegende Angehörige hat widersprochen. Sie hat die Auffassung geäußert, die Vergrößerung des Dekubitus wäre **unvermeidbar** gewesen. Die Krankenschwester hat versucht, die Auffassung der familiären Pflegeperson zu entkräften und die eigene Ansicht zu bekräftigen. Die Krankenschwester hat die Ansicht vertreten, dass die Angehörige es nicht generell an der Pflege fehlen lässt, sondern dass sie es an einer speziellen Pflegeleistung fehlen lässt. Die Krankenschwester hat jene spezielle Unterlassung als

---

<sup>1130</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1131</sup> ebd.: 34.

<sup>1132</sup> ebd.: 34.

<sup>1133</sup> ebd.: 34.

Phänomen dargestellt, das ihr unerklärlich ist, **und** hat die Vergrößerung des Dekubitus als Phänomen behandelt, das durch jene spezielle Unterlassung erklärbar ist. Sie hat die Angehörige für die Vergrößerung des Dekubitus und für jede fortschreitende Verschlimmerung bei fortgesetzter Unterlassung verantwortlich gemacht. Sie hat der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass sie ihren Anspruch an das Engagement der pflegenden Angehörigen als zumutbar betrachtet. Die familiäre Pflegeperson hat einerseits jene spezielle Unterlassung erläutert und hat andererseits verdeutlicht, dass sie sich bereits überfordert fühlt, wenn sie sich gefordert sieht, sich in einem minimal erscheinenden Ausmaß an dem speziellen Pflegeprogramm zu beteiligen.

Die Erzählungen der Krankenschwester lassen vermuten: Die Frage nach einer Verantwortlichkeit der Pflegekräfte ist sowohl im Gespräch mit der Angehörigen, als auch im Gespräch mit der Krankenpflegehelferin ausgeklammert geblieben. Die Erzählungen der Krankenschwester legen außerdem die Vermutung nahe: Sie hat im Gespräch mit der Angehörigen im Unterschied zur Fallbesprechung ausschließlich eine die Angehörige belastende Deutung, nicht aber eine sie entlastende Deutung formuliert. Zu vermuten ist: Sie hat die Vermeidbarkeit einer Verschlimmerung bei regelgemäßer Pflege als Kommunikationsthema gewählt und hat die Unvermeidbarkeit einer Verschlimmerung bei Sterbeprozessen als Kommunikationsthema ausgeblendet.

Die Aufmerksamkeit der Krankenschwester ist nach eigener Aussage auch auf die Frage nach der **Wahl eines verantwortbaren Arrangements häuslicher Pflege** gerichtet gewesen. Die Krankenschwester berichtet: Das Personal habe sich mittlerweile mit den Angehörigen auf eine von der Krankenhauspflege abweichende und auf die häusliche Pflege zugeschnittene Drehregel verständigt. Es sei vereinbart worden, jene spezielle Pflegeleistung zu ausgewählten Tageszeiten wiederholt zu vollziehen: am Morgen, am Mittag, am Nachmittag und zur Nacht. Die Krankenschwester erklärt: Sie kann nicht erwarten, dass in der häuslichen Pflege die für die Krankenhauspflege übliche Drehregel Anwendung findet, der zufolge jene spezielle Pflegeleistung alle zwei bis drei Stunden erbracht wird. Die Krankenschwester berichtet: Bestandteil der Vereinbarung sei gewesen, dass die Pflegekräfte jene spezielle Pflegeleistung am Morgen erledigen und dass die Angehörigen sie am Mittag, Nachmittag und zur Nacht verrichten. Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Das Team der Pflegekräfte hat die pflegende Angehörige **nicht** von der Beteiligung an dem speziellen Pflegeprogramm befreit. Es hat die eigene Beteiligung **punktuell** ausgebaut. Es hat nicht die Anzahl der Einsätze pro Tag, sondern die Anzahl der Einsatztage pro Woche erhöht. Es hat sich entschieden, Wochenenddienst zu leisten<sup>1134</sup>. Wie rekonstruiert die

---

<sup>1134</sup> vgl.: ebd.: 20.



Krankenschwester den Entscheidungsprozess in Sachen Wochenenddienst? Sie unterscheidet zwei Phasen: Sie beschreibt die Phase vor Eintreten der Verschlimmerung des Dekubitus als Phase ohne Wochenenddienst, die Phase nach Eintreten der Verschlimmerung des Dekubitus als Phase mit Wochenenddienst.

Die Aufmerksamkeit auf die Phase **vor** Eintreten der Verschlimmerung des Dekubitus lenkend, erzählt die Krankenschwester: Das Pflegepersonal sei seinerzeit an allen regulären Arbeitstagen, nicht aber am Wochenende im Einsatz gewesen. Es habe dem familialen Netzwerk mit dessen Einwilligung den **Vorrang** für den Dienst am Wochenende eingeräumt. Beim dritten Pflegeeinsatz habe das Pflegepersonal den Angehörigen mitgeteilt, dass es sich am Wochenende vorläufig nicht an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen werde, sondern den Wochenenddienst erst im Falle gestiegenen Pflegebedarfs übernehmen werde. Keiner der Angehörigen habe der Entscheidung widersprochen. Die familiäre Pflegeperson habe vielmehr ihre Einwilligung zum Ausdruck gebracht. Sie habe nicht erkennen lassen, dass sie sich durch die verlangte Übernahme der Pflege am Wochenende überfordert fühlen könnte. Die in der erzählten Zeit liegende Entscheidung, selber keinen Wochenenddienst zu leisten, sondern dem familialen Netzwerk den Vorrang für den Dienst am Wochenende einzuräumen, in der Erzählzeit begründend, erklärt die Krankenschwester: Erstens konnten die Angehörigen die Pflege problemlos ohne Unterstützung einer Pflegekraft leisten und zweitens hatten sie die Pflege in der Vergangenheit ohne Unterstützung einer Pflegekraft bewerkstelligt<sup>1135</sup>.

Die Aufmerksamkeit auf die Phase **nach** Eintreten der Verschlimmerung richtend, betont die Krankenschwester: Nunmehr müssen die Pflegekräfte zusätzlich Wochenenddienst leisten. Sie erzählt: Das Pflegepersonal habe sich anlässlich der eingetretenen Verschlimmerung des Dekubitus zur Übernahme des Wochenenddienstes entschieden. Im Rahmen einer Fallbesprechung sei im Team entschieden worden, die Anzahl der Einsatztage pro Woche durch Übernahme des Wochenenddienstes aufzustocken, anstatt die Anzahl der Pflegeeinsätze pro Tag zu erhöhen. Das Personal habe sich in der erzählten Zeit zunächst überlegt, an allen regulären Arbeitstagen zusätzlich zu den Pflegeeinsätzen, die zur Vormittagszeit eingerichtet worden seien, Pflegeeinsätze zur Abendzeit anzubieten. Es habe sich allerdings entschieden, es einstweilen zu unterlassen, die Anzahl der Pflegeeinsätze pro Einsatztage auszubauen. "Aber" es habe sich entschlossen, die Anzahl der Einsatztage pro Woche zu erhöhen und Pflegeeinsätze am Wochenende durchzuführen<sup>1136</sup>. Es habe sich entschieden, dem

---

<sup>1135</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>1136</sup> vgl.: ebd.: 20.

familialen Netzwerk weiterhin den **Vorrang** nicht nur für die Pflege am Wochenende, sondern auch für die Pflege an den verbleibenden Wochentagen einzuräumen<sup>1137</sup>.

In der Erzählzeit die in der erzählten Zeit liegende Entscheidung zur Übernahme des Wochenenddienstes begründend, erklärt die Krankenschwester: weil der Dekubitus wirklich schlimmer" geworden sei und das Personal jetzt wirklich zu der Überzeugung gelangt sei, dass gehandelt werden muss, damit die zu pflegende Person aus Sicht der Pflege „wenigstens einmal am Tag richtig versorgt ist“<sup>1138</sup>. In der Erzählzeit die Überlegungen erläuternd, welche der Entscheidung wider die Übernahme zusätzlicher Pflegeeinsätze zur Abendzeit zugrunde gelegen haben, erklärt die Krankenschwester: Das Personal habe zwei Situationen antizipiert, in denen es sich unwohl gefühlt hätte. Nach Aussage der Krankenschwester hat die **erste Befürchtung** gelautet: Wenn das Pflegepersonal zusätzlich zu den Einsätzen zur Morgenzeit die Einsätze zur Abendzeit übernimmt, dann stellt die pflegende Angehörige ihre Beteiligung am Drehprogramm ein und entlastet sich durch Einstellung ihrer Beteiligung am Drehprogramm in einer ganz zu Lasten der Pflegekräfte gehenden Weise. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die **zweite Befürchtung** gelautet: Wenn das Personal die alleinige Verantwortung für die Durchführung des Drehprogramms übernimmt, ohne eine Verbesserung zu erreichen, dann sieht die pflegende Angehörige sich nachträglich in der Richtigkeit der eigenen Entscheidung für unterlassenes Drehen bestätigt und erklärt dem Personal, durch dessen „Pflege wird es auch nicht besser“<sup>1139</sup>.

Anzunehmen ist: Jener Konflikt um die fehlende Mitarbeit der pflegenden Angehörigen in der Zeit zwischen den Einsätzen des Personals hat seine Fortsetzung in dem Widerstand der familiären Pflegeperson gefunden, sich an Maßnahmen zur Schmerzbehandlung zu beteiligen. Die Krankenschwester berichtet: Die pflegende Angehörige habe ihre Weigerung, zur Minderung der mit jedem Drehen sicher verbundenen Schmerzen ein Schmerzmittel einzusetzen<sup>1140</sup>, nicht aufgegeben. Ihre Weigerung, einen Schutzverband aus Gaze anzulegen, um den mit jedem Verbandswechsel verknüpften Schmerz zu mindern, habe sie erst nach wiederholter Intervention der Pflegekräfte aufgegeben<sup>1141</sup>.

Nach Angaben der Krankenschwester hat es im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **Überschneidungen** im Engagement von Pflegekraft und familiärer Pflegeperson gegeben. Nach Auskunft der Krankenschwester ist es zu Überschneidungen in den **Arbeitsleistungen** gekommen. Die Krankenschwester

---

<sup>1137</sup> vgl.: ebd.: 20f.

<sup>1138</sup> ebd.: 21.

<sup>1139</sup> ebd.: 20.

<sup>1140</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>1141</sup> vgl.: ebd.: 35, 38.

berichtet: Beide Parteien, Pflegekraft und familiäre Pflegeperson, haben Pflege geleistet. Beide Parteien haben teils dieselben Leistungen erbracht<sup>1142</sup> und haben teils Leistungen übernommen, welche die jeweilige Gegenpartei nicht abgedeckt hat<sup>1143</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester ist es ferner zu Überschneidungen in den **Arbeitszeiten** gekommen. Die Krankenschwester berichtet: Eine besondere Pflegeleistung, das Betten und Lagern, sei im Tagesverlauf wiederholt zu erbringen gewesen. In der Zeit **während** der Einsätze des Personals habe die Angehörige der Pflegekraft beim Vollzug jener Pflegeleistung phasenweise geholfen, phasenweise habe sie es auch unterlassen, der Pflegekraft beim Vollzug jener Pflegeleistung behilflich zu sein<sup>1144</sup>. Sie habe eine Phase gehabt, in der sie auch es unterlassen habe, jene Pflegeleistung in der Zeit **zwischen** den Einsätzen zu erbringen<sup>1145</sup>. Sie habe die übrigen Pflegeleistungen ausnahmslos optimal erledigt<sup>1146</sup>.

Die Krankenschwester ist sich bewusst: Die familiäre Pflegeperson trägt die Hauptlast im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege. Die Krankenschwester ist der Meinung: Das Engagement der Pflegekräfte hat in begrenztem Ausmaß zu einer **Entlastung der familiären Pflegeperson** beigetragen. Nach Ansicht der Krankenschwester ist es für die familiäre Pflegeperson entlastend, die Verantwortung teilen und über erbrachte Pflegeleistungen kommunizieren zu können<sup>1147</sup>. Nach Darstellung der Krankenschwester hat die Angehörige es sowohl in der Zeit während der Einsätze, als auch in der Zeit zwischen den Einsätzen an Mitarbeit fehlen lassen. Die Krankenschwester ist vermutlich der Auffassung: Die Angehörige hätte in stärkerem Maße zu einer **Entlastung der Pflegekräfte** beitragen können und beitragen sollen.

#### 2.2.2.5.2. Die Beratung

Nach Aussage der Krankenschwester hat das Pflegepersonal nicht nur Pflege, sondern auch Beratung geleistet. Anzunehmen ist: Das Pflegepersonal hat die familiäre Pflegeperson im Rahmen seiner Pflegeeinsätze beraten. Es hat keine gesonderten Beratungseinsätze durchgeführt. Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten erlebt, als Pflegekraft das Handeln der familiären Pflegeperson durch Beratung zu beeinflussen. Die bettlägerige Patientin hat

---

<sup>1142</sup> vgl.: ebd.: 15, 18ff, 35, 38.

<sup>1143</sup> vgl.: ebd.: 26, 27, 44, 55, 59.

<sup>1144</sup> vgl.: ebd.: 16f, 39.

<sup>1145</sup> vgl.: ebd.: 51.

<sup>1146</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>1147</sup> vgl.: ebd.: 52.

nach Aussage der Krankenschwester unter einem Dekubitus<sup>1148</sup> und unter Schmerzen<sup>1149</sup> gelitten. Nach Angaben der Krankenschwester hat das Pflegepersonal die pflegende Angehörige zwar über die fachgerechte Pflege und Behandlung der Patientin aufgeklärt. Aber die familiäre Pflegeperson hat nach Auskunft der Krankenschwester auf jene Beratung teils mit zeitweiligem Widerstand, teils mit dauerhaftem Widerstand reagiert: Die pflegende Angehörige hat sich nach Aussage der Krankenschwester nicht (widerstandslos) beraten lassen. Nach Angaben der Krankenschwester sind die Versuche, die das Pflegepersonal gestartet hat, durch Beratung die Handlungsweise der familiären Pflegeperson zu korrigieren und eine regelgemäße Mitarbeit an der Pflege und Behandlung der Patientin sicherzustellen, teils erfolgreich, teils erfolglos verlaufen. **Belehrbarkeit** der pflegenden Angehörigen hat sich nach Auskunft der Krankenschwester nicht voraussetzen lassen.

Die Krankenschwester erzählt: Sie habe **Aufklärung über die Regeln zur Lagerung der Patientin** geleistet. Sie habe auf die Notwendigkeit verwiesen, ein Drehprogramm einzurichten. Die Aufmerksamkeit auf die **Folgen des Drehens** richtend, habe sie der Angehörigen erklärt: Zweifelsohne sei die Durchführung des Drehprogramms für die Seniorin mit Schmerz und für die familiäre Pflegeperson mit Belastung verbunden. Die mit der Durchführung des Drehprogramms verknüpfte Belastung der familiären Pflegeperson erläuternd, habe sie hinzugefügt: „Sie müssen dadurch mehr leisten, mehr Zeit opfern am Tag“<sup>1150</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, die Belastung der familiären Pflegeperson als Belastung zeitlicher Art definiert zu haben. Hat sie jene Belastung auch als Belastung seelischer Art definiert? Sie äußert sich nicht. Sie schildert: Sie habe die Angehörige über die **Folgen unterlassenen Drehens** aufgeklärt. Sie habe erklärt: Unterlassenes Drehen führe zu einer sich verschärfenden Dekubitusbildung und zu einer länger währenden Dekubitusbehandlung. Unterlassenes Drehen sei folglich weder für die zu pflegende Person, noch für die pflegenden Personen von Nutzen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat die Bewältigung von Schmerzen infolge des Drehens verglichen mit der länger währenden Behandlung der verschärften Dekubitusbildung infolge unterlassenen Drehens als kleineres Übel dargestellt<sup>1151</sup>.

Die Krankenschwester schildert: Die pflegende Angehörige habe es trotz Aufklärung über das Drehgebot und trotz Belehrung über die Folgen einer Verletzung des Drehgebotes zeitweilig unterlassen, sich am Drehprogramm zu beteiligen. Sie selber habe sich in der Folgezeit entschieden, die pflegende Angehörige gewähren zu lassen

---

<sup>1148</sup> vgl.: ebd. ALI 2: 21, 34.

<sup>1149</sup> vgl.: ebd.: 58.

<sup>1150</sup> ebd.: 19.

<sup>1151</sup> vgl.: ebd.: 19.

und weitere das Drehgebot betreffende Belehrungsversuche einzustellen<sup>1152</sup>. Sie habe der Krankenpflegehelferin jene Entscheidung mitgeteilt<sup>1153</sup> und sie habe jene Entscheidung umgesetzt<sup>1154</sup>. Die Krankenschwester erklärt sich in der Erzählzeit einerseits bereit, sowohl eine Schädigung der zu pflegenden Person<sup>1155</sup> als auch eine Schädigung der familiären Pflegeperson in Kauf zu nehmen<sup>1156</sup>, wenn die pflegende Angehörige das mittlerweile vereinbarte Drehprogramm<sup>1157</sup> nicht einhält<sup>1158</sup>. Sie erklärt in der Erzählzeit andererseits die Bereitschaft, das Engagement des Pflegepersonals erneut punktuell auszubauen, wenn die familiäre Pflegeperson es erneut unterlässt, sich am vereinbarten Drehprogramm zu beteiligen<sup>1159</sup>.

Die Krankenschwester erzählt: Das Pflegepersonal habe auch **Aufklärung über Möglichkeiten der Schmerzbehandlung** geleistet. Es habe der Angehörigen zwei Möglichkeiten der Schmerzbehandlung benannt: Es habe für den Einsatz eines Schmerzmittels und für den Einsatz eines Schutzverbandes plädiert. Die familiäre Pflegeperson habe trotz Aufklärung über jene Möglichkeiten der Schmerzbehandlung Widerstand geleistet: zeitweilig im Falle des Plädoyers für den Einsatz eines Schutzverbandes, dauerhaft im Falle des Plädoyers für den Einsatz eines Schmerzmittels. Die Krankenschwester schildert erstens: Sie habe den Hinweis der familiären Pflegeperson auf die Schmerzen der Patientin als Versuch gedeutet, ihr zu erklären, „warum sie sie nicht gedreht hat“<sup>1160</sup>. Sie habe die familiäre Pflegeperson nicht nur belehrt, dass eine Verschlimmerung des Dekubitus Folge unterlassenen Drehens sei<sup>1161</sup>, sondern sie habe sie auch über die Möglichkeit aufgeklärt, zur Minderung der mit jedem Drehen verbundenen Schmerzen ein **Schmerzmittel** einzusetzen<sup>1162</sup>. Sie habe ihr geraten, der zu pflegenden Person einige Tropfen zu verabreichen, wenn sie der Auffassung sei, dass die mit dem Drehen verbundenen Schmerzen für die Patientin unerträglich seien<sup>1163</sup>. Die pflegende Angehörige habe jenen Rat nicht beherzigt, sondern habe es fortgesetzt unterlassen, der zu pflegenden Person ein Schmerzmittel zu verabreichen. Die Krankenschwester hat es möglicherweise unterlassen, sich der Krankenpflegehelferin zu bedienen, auf die pflegende Angehörige Einfluss zu nehmen. Die Krankenschwester schildert zweitens: Das Pflegepersonal habe die familiäre

---

<sup>1152</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>1153</sup> vgl.: ebd.: 34f.

<sup>1154</sup> vgl.: ebd.: 33, 35.

<sup>1155</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>1156</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>1157</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1158</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>1159</sup> vgl.: ebd.: 51.

<sup>1160</sup> ebd.: 33.

<sup>1161</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>1162</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>1163</sup> vgl.: ebd.: 40f.

Pflegeperson über die Möglichkeit aufgeklärt, zur Minderung der mit jedem Verbandswechsel verknüpften Schmerzen einen „**Schutzverband aus Gaze**“<sup>1164</sup> anzulegen. Es habe der Angehörigen erklärt, dass der eigens besorgte Schutzverband aus Gaze angelegt werden muss, damit ein Verbandswechsel für die pflegebedürftige Person weniger schmerzhaft sei<sup>1165</sup>. Anfänglich habe die pflegende Angehörige es unterlassen, ihn anzulegen. Die Krankenpflegehelferin habe der Angehörigen gesagt: „Also ich verstehe nicht, warum Sie das nicht machen, dann könnten wir es auch bleiben lassen“<sup>1166</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Krankenpflegehelferin im Gespräch mit der Angehörigen erstens Unverständnis über deren Unterlassung zum Ausdruck gebracht, hat zweitens die Notwendigkeit koordinierten Handelns betont und hat drittens mit der Möglichkeit gedroht, dass sich das Personal der Unterlassung der familiären Pflegeperson anschließt, sollte sie das Koordinationsgebot fortgesetzt verletzen. Die Krankenschwester berichtet: Seitdem habe die Angehörige den Schutzverband angelegt<sup>1167</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Sie habe weder der seitens der familiären Pflegeperson praktizierten Unterordnung des Privatlebens unter die Anforderungen häuslicher Pflege widersprochen, noch habe sie geraten, sich Urlaub von der Pflege zu verschaffen. Sie habe es unterlassen, der familiären Pflegeperson „zu sagen: Sie müssen mal raus“<sup>1168</sup>. Jene Unterlassung erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Sie glaube, wenn die familiäre Pflegeperson es „als Lebensaufgabe“<sup>1169</sup> betrachte, die häusliche Pflege bis zum Tod der zu pflegenden Person zu gewährleisten, dann entwickle die Angehörige sich künftig Schuldgefühle, wenn sie sich gegenwärtig Freizeit nehme<sup>1170</sup>. Möglich ist: Die Krankenschwester hat es auch unterlassen, der familiären Pflegeperson zu raten, eine psychologischen Behandlung in Anspruch zu nehmen.

### 2.2.2.5.3. Die soziale Betreuung

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, Betreuung geleistet? Anzunehmen ist: Die familiäre Pflegeperson hat, mit der pflegebedürftigen Person unteragierend, informelle Betreuung geleistet<sup>1171</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester haben die Pflegekräfte, mit der familiären Pflegeperson interagierend, in begrenztem Umfang

<sup>1164</sup> ebd.: 41; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1165</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1166</sup> ebd.: 35.

<sup>1167</sup> vgl.: ebd.: 35, 38.

<sup>1168</sup> EPI 2.2: 7.

<sup>1169</sup> ebd.: 8.

<sup>1170</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1171</sup> vgl.: EPI 2: 44, 59.

formelle Betreuung geleistet<sup>1172</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe sich in der Zeit während seiner Pflegeeinsätze nicht nur der Pflege der pflegebedürftigen Person gewidmet, sondern habe auch die Betreuung der familiären Pflegeperson übernommen. Es habe Konversation betrieben, Anwesenheit der pflegenden Angehörigen während der Einsatzzeiten vorausgesetzt<sup>1173</sup>. Es habe im Konversationsprozess allerdings die eigene Privatsphäre gewahrt: Es habe das eigene Privatleben aus Gesprächen mit der familiären Pflegeperson ausgeklammert. Die pflegende Angehörige habe dem Personal indessen mit ihren Berichten über die entfernt lebenden Kinder und Enkelkinder Einblicke in ihr Privatleben gestattet<sup>1174</sup>.

Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: Es sei für sie persönlich ein Problem gewesen, sich auf Konversation mit einer familiären Pflegeperson einzulassen, die mit Regelmäßigkeit über informell erbrachte Pflegeleistungen berichtet habe<sup>1175</sup>. Sie habe jenes Problem bearbeitet, indem sie der Konversation mit der familiären Pflegeperson nach Möglichkeit ausgewichen sei<sup>1176</sup>. Wenn sie die Abwesenheit der familiären Pflegeperson in der Zeit während des eigenen Pflegeeinsatzes fördert, um der Konversation auszuweichen, dann gewährt **und** verwehrt sie der pflegenden Angehörigen eine Möglichkeit der Entlastung: Einerseits gewährt sie der pflegenden Angehörige die Möglichkeit, sich durch eine kurze Auszeit von informeller Pflege Entlastung zu verschaffen. Andererseits verwehrt sie der pflegenden Angehörige die Möglichkeit, sich durch Konversation mit ihr Entlastung zu verschaffen.

#### **2.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt**

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? Die Krankenschwester berichtet erstens: Die familiäre Pflegeperson habe nicht nur Pflege geleistet, sondern habe auch Hausarbeit verrichtet<sup>1177</sup>. Die Krankenschwester berichtet zweitens: Sie selber habe „die Waschschüssel“<sup>1178</sup> nach beendeter Pflege im Badezimmer geleert. Jene Aufräumaktion ist im Falle einer bettlägerigen Person eine Tätigkeit, die sich einerseits durch die Nähe zur Hausarbeit, andererseits durch die Nähe zur Pflegearbeit auszeichnet.

---

<sup>1172</sup> vgl.: ebd.: 52.

<sup>1173</sup> vgl.: ebd.: 36, 57.

<sup>1174</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>1175</sup> vgl.: ebd.: 18, 57.

<sup>1176</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>1177</sup> vgl.: EPI 2: 36; EPI 2.2: 7.

<sup>1178</sup> EPI 2: 15.

### 2.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung

Die seitens der Krankenschwester in der Erzählzeit formulierten **Prognosen** über die Fallproblematik beziehen sich zum einen auf den **Zustand der zu pflegenden Person** und zum anderen auf die Beteiligung der pflegenden Angehörigen am Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege.<sup>1179</sup> Die Krankenschwester erklärt: Der Zustand der pflegebedürftigen Person unterliege beständig Schwankungen und infolgedessen sei deren Lebenserwartung schlecht vorherzusagen. Sie muss mit einem in Bälde eintretenden Tod rechnen. Deren heute eintretender Tod sei ebenso möglich wie deren „nächste Woche“<sup>1180</sup> eintretender Tod. Die Krankenschwester schließt nicht aus, dass die **Mitarbeit der familiären Pflegeperson** in Zukunft erneut zu wünschen übrig lassen wird. Sie erklärt: Es sei möglich, dass die Angehörige „wieder in eine Phase“<sup>1181</sup> gerate, in der sie es unterlasse, sich am vereinbarten Drehprogramm zu beteiligen.

Der seitens der Krankenschwester in der Erzählzeit offenbarte **Plan** zur Bearbeitung der Fallproblematik sieht die Fortsetzung des formellen Pflegeprogramms bis zum Tod der Seniorin vor.<sup>1182 1183</sup> Die Krankenschwester hat einen **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** nicht ausgeschlossen. Einerseits erklärt die Krankenschwester: Ein Ausbau des formellen Pflegeprogramms sei vermeidbar, wenn sich die Angehörigen und namentlich die familiäre Pflegeperson ganz optimal an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen würden<sup>1184</sup> und mit dem Pflegekräften „an einem Strick ziehen“<sup>1185</sup> würden. Andererseits erklärt die Krankenschwester: Ein Ausbau des formellen Pflegeprogramms sei unvermeidbar, wenn die Beteiligung der pflegenden Angehörigen wiederholt zu wünschen übrig lasse<sup>1186</sup>. Sie sei entschlossen, das formelle Pflegeprogramm um Einsätze zur Abendzeit zu erweitern, wenn sie erneut bemerke, dass die Mitarbeit der familiären Pflegeperson schwindet<sup>1187</sup>.

Nach Auskunft der Krankenschwester ist das Engagement der Pflegekräfte mit dem Tod der Seniorin beendet worden<sup>1188</sup>. Die Krankenschwester sieht sich in der Zeit nach der Beendigung des formellen Pflegeprogramms in der zuvor formulierten Prognose bestätigt, dass jener Tod für die familiäre Pflegeperson keine Probleme erzeugen<sup>1189</sup>,

---

<sup>1179</sup> Gemeint ist die Erzählzeit vor Eintritt des Todes der Patientin.

<sup>1180</sup> ebd.: 42.

<sup>1181</sup> ebd.: 51.

<sup>1182</sup> vgl.: ebd.: 57.

<sup>1183</sup> Gemeint ist die Erzählzeit vor Eintritt des Todes der Patientin.

<sup>1184</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>1185</sup> ebd.: 51.

<sup>1186</sup> vgl.: ebd.: 50, 51.

<sup>1187</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>1188</sup> vgl.: EPI 2.2: 7.

<sup>1189</sup> vgl.: EPI 2: 36, 42.



sondern Probleme lösen wird<sup>1190</sup>. Sie schildert: Sie habe erlebt, dass die Tochter, welche es spätestens seit dem neuerlichen Schlaganfall ihrer Mutter unterlassen habe, gemeinsame Spaziergänge mit ihrem Ehemann zu unternehmen<sup>1191</sup>, unmittelbar in der Situation des Sterbens gefasst gewesen sei, dass sie unmittelbar nach Eintreten des Todes „auf einmal ganz aufgeregt“<sup>1192</sup> gewesen sei und dass sie am Nachmittag des Todestages ihrer Mutter zusammen mit ihrem Ehemann „wieder im Städtchen herummarschiert“<sup>1193</sup> sei.

## 2.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft

### 2.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft

Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung rekonstruierend, stellt die Pflegekraft die Arbeit im Falle einer Seniorin vor, die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung als „**Pflegefall nach Hause**“<sup>1194</sup> entlassen wurde: Hat die Pflegekraft auf einen Pflegeerfolg gehofft? Anzunehmen ist: Sie hat weniger Hoffnung auf Wiederherstellbarkeit selbständig betriebener Körperpflege, als vielmehr Hoffnung auf einstweilige Beherrschbarkeit ausgewählter Gefährdungspotentiale gehabt. Die Pflegekraft sieht sich in einem Fall engagiert, in dem **informelle Pflege** geleistet wird, die sie als verbesserungsbedürftig bewertet. Sie ist der Ansicht: Die informelle Pflege hätte besser sein können<sup>1195</sup>. Sie konstatiert eine **Kumulation von Problemen**: Sie begegnet einerseits einer Seniorin, die multimorbid ist, einen Schlaganfall erlitten hat, pflegebedürftig „wie ein Säugling“<sup>1196</sup> ist, einen Dekubitus hat, bettlägerig ist und an Schmerzen leidet<sup>1197</sup>. Sie begegnet andererseits einer Tochter, der sie unterstellt, durch die häusliche Pflege belastet zu sein. Sie hat unterstellt: Die Patientin hat eine **geringe Lebenserwartung**. Sie ist auf den Ernstfall, auf Sterben und Tod der Patientin, gedanklich vorbereitet gewesen. Der Ernstfall ist eingetreten: während eines Pflegeeinsatzes im häuslichen Kontext.

---

<sup>1190</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>1191</sup> vgl.: EPI 2.2: 8.

<sup>1192</sup> ebd.: 9.

<sup>1193</sup> ebd.: 10.

<sup>1194</sup> EPI 2: 5, 32; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit .

<sup>1195</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>1196</sup> EPI 2.2: 7.

<sup>1197</sup> vgl.: EPI 2: 58.

## 2.4.1. Handlungsbedingungen

### 2.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Deutlich wird: Die Pflegekraft ist sowohl mit **Bedürfnissen** der pflegebedürftigen Person, als auch mit Bedürfnissen der familiären Pflegeperson konfrontiert.<sup>1198</sup> Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung bei der Versorgung der Patientin bemüht gewesen, die Körperpflege sicherzustellen, der Patientin Schmerzen zu ersparen<sup>1199</sup> und einer Verschlechterung des Zustands der Patientin vorzubeugen. Es droht die Entstehung einer Lungenentzündung und die Verschlimmerung des Dekubitus.<sup>1200</sup> Anzunehmen ist: Die Pflegekraft unterstellt **der pflegebedürftigen Person** ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und Schmerzfreiheit sowie ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft unterstellt **der pflegenden Angehörigen** ein sich in der Beziehung zu der pflegebedürftigen Person niederschlagendes Bedürfnis nach sozialer Bindung. Die Pflegekraft weiß: Die Angehörige hat jahrelang, zeitweilig sogar Tag und Nacht Pflegeleistungen erbracht<sup>1201</sup>. Jenes pflegerische Engagement lässt auch auf verletzte Bedürfnisse schließen. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft unterstellt der familiären Pflegeperson ein unbefriedigtes Bedürfnis nach Schlaf und ein durch Schlaf allein nicht zu befriedigendes Bedürfnis nach Erholung. Die Pflegekraft ist ferner vermutlich der Annahme: Das auf Seiten der familiären Pflegeperson bestehende Bedürfnis nach Gesellschaft lässt sich unter den gegebenen Umständen in den familiären Beziehungen nur begrenzt befriedigen. Die Zeit der informellen Pflege ist sowohl Zeit, die die familiäre Pflegeperson in Gesellschaft der in ihrer Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigten pflegebedürftigen Person verbringt, als auch Abzug von Zeit, die die familiäre Pflegeperson in Gesellschaft des Ehemannes verbringen könnte. Des Weiteren ist die Pflegekraft vermutlich der Auffassung: Auf Seiten der familiären Pflegeperson besteht zeitweilig ein unbefriedigtes Bedürfnis nach Sicherheit in der häuslichen Pflege. Anzunehmen ist: Die familiäre Pflegeperson hat Angst, der pflegebedürftigen Person im Pflegeprozess Schmerzen zuzufügen, hat Angst, die Schmerzen der pflegebedürftigen Person zu erleben<sup>1202</sup> und hat Angst, das Sterben der pflegebedürftigen Person alleine zu erleben. Die zeitweilige Weigerung der Angehörigen, Pflegeleistungen zu erbringen, die sich für die pflegebedürftige Person als

---

<sup>1198</sup> siehe Kapitel 2.2.1.1., Kapitel 2.2.1.2.; Kapitel 2.2.2.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1199</sup> vgl.: EPI 2: 58.

<sup>1200</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3 und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1201</sup> vgl.: EPI 2.2: 7.

<sup>1202</sup> vgl.: EPI 2: 58.

schmerzhaft erweisen können, verweist möglicherweise nicht nur auf ein Bedürfnis nach Sicherheit in der häuslichen Pflege, sondern auch auf das Bedürfnis nach sozialer Bindung an die pflegebedürftige Person. Die Pflegekraft ist vermutlich der Ansicht: Auf Seiten der familiären Pflegeperson besteht ein unbefriedigtes Bedürfnis nach sozialer Anerkennung für das Engagement in der häuslichen Pflege.

Den Ausführungen der Pflegekraft kann entnommen werden: Sie nimmt **Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln** sowie **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahr.<sup>1203</sup> Sie erkennt sowohl auf Seiten der pflegebedürftigen Person, als auch auf Seiten der familiären Pflegeperson Bedarf an Hilfestellung an. Den **auf Seiten der pflegebedürftigen Person** bestehenden Hilfebedarf prüfend, ermittelt sie einen extrem hohen Bedarf an Pflege. Sie stellt Bedarf an informeller und formeller Pflege fest. Sie unterstellt einen steigenden Bedarf an formeller Pflege in Sachen Sicherstellung der häuslichen Pflege am Wochenende. Sie ist nach eigener Darstellung anfänglich der Auffassung: Es bedarf der formellen Pflege nicht am Wochenende, sondern lediglich an den verbleibenden Wochentagen. In der Folgezeit gelangt sie nach eigenen Angaben zu der Auffassung: Es besteht Bedarf an formeller Pflege auch am Wochenende. Sie unterstellt einen konstant bleibenden Bedarf an formeller Pflege in Sachen Sicherstellung der häuslichen Pflege an den verbleibenden Wochentagen. Sie hält ein formelles Pflegeprogramm mit einem Pflegeeinsatz pro Einsatztag, mit anfangs fünf Einsatztagen pro Woche, mit anschließend sieben Einsatztagen pro Woche für angezeigt. Den **auf Seiten der familiären Pflegeperson** bestehenden Hilfebedarf prüfend, konstatiert sie Bedarf an formeller Pflegeberatung sowie Bedarf an Übernahme von Pflegeleistungen. Sie hält eine Aufklärung über Pflege Techniken und technische Pflegehilfsmittel für erforderlich. Sie ist der Ansicht: Die familiäre Pflegeperson bedarf einer befristeten Auszeit von der Pflege. Der Bedarf an formeller Pflegeberatung endet mit dem Tod der pflegebedürftigen Person.

#### 2.4.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft weiß um die Existenz von **Familienbeziehungen**.<sup>1204</sup> Die pflegebedürftige Person lebt mit der sie pflegenden Tochter und mit dem Ehemann jener Tochter in einer Haushaltsgemeinschaft. Die Pflegekraft geht vermutlich von der Annahme aus: Die Beziehung zwischen pflegebedürftiger Person und familiärer

---

<sup>1203</sup> siehe Kapitel 2.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1204</sup> siehe Kapitel 2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegeperson ist nicht nur von **räumlicher Nähe** und von **sozialer Nähe** gekennzeichnet, sondern auch von **emotionaler Nähe** geprägt. Nach Auskunft der Pflegekraft besteht „ein gutes Verhältnis“<sup>1205</sup> zwischen pflegebedürftiger Person und familiärer Pflegeperson. Nach Aussage der Pflegekraft behandelt die familiäre Pflegeperson die pflegebedürftige Person „sehr liebevoll“<sup>1206 1207</sup>.

Das **familiäre Engagement**, das sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege niederschlägt, ist nach Darstellung der Pflegekraft vornehmlich ein Engagement der zur Haushaltsgemeinschaft zählenden Angehörigen: Zentralfigur ist nach Angaben der Pflegekraft die familiäre Pflegeperson.<sup>1208</sup> Die Pflegekraft ist vermutlich der Annahme: Die familiäre Pflegeperson engagiert sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege auf Basis eines Gefühls der Zuneigung. Nach Auskunft der Pflegekraft beinhaltet das Engagement der familiären Pflegeperson die Mitwirkung an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** und die Beteiligung an der **Produktion von Pflegeleistungen**. Die familiäre Pflegeperson hat nach Aussage der Pflegekraft nicht nur jahrelang Pflege geleistet, sondern hat zeitweilig auch „Tag und Nacht“<sup>1209</sup> Pflegeleistungen erbracht<sup>1210</sup>. Deren Engagement wird nach Angaben der Pflegekraft durch das Engagement des Ehepartners stabilisiert: Er leistet nach Aussage der Pflegekraft informelle Unterstützung. Die Pflegekraft sieht sich veranlasst, das Engagement der familiären Pflegeperson zu beanstanden. Die Pflegekraft verweist auf **Qualitätsmängel**.<sup>1211</sup> Nach Aussage der Pflegekraft hat die familiäre Pflegeperson es im Prozess der Sicherstellung einer besonderen Pflegeleistung, d.h. beim Betten und Lagern der Patientin, an Mitarbeit fehlen lassen: einerseits in der Zeit während des Pflegeeinsatzes, andererseits in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen. Die familiäre Pflegeperson ist nach Einschätzung der Pflegekraft einer „extrem“<sup>1212</sup> hohen „**Belastung**“<sup>1213</sup> sowohl körperlicher als auch seelischer Art ausgesetzt.<sup>1214</sup> Jene Belastung ist nach Ansicht der Pflegekraft als Folge der Gewährung informeller Pflege zu betrachten<sup>1215</sup>.

---

<sup>1205</sup> EPI 2: 55.

<sup>1206</sup> ebd.: 55.

<sup>1207</sup> siehe Kapitel 2.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1208</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1209</sup> EPI 2.2.: 7.

<sup>1210</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>1211</sup> siehe Kapitel 2.2.2.1.; Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1212</sup> EPI 2.2.: 7.

<sup>1213</sup> EPI 2.2.: 7; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1214</sup> siehe Kapitel 2.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1215</sup> vgl.: EPI 2.2.: 9.

#### 2.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** zu erbringen, sind strukturell bedingt begrenzt.<sup>1216</sup> Deutlich wird: Eine auf den Körper der pflegebedürftigen Person zentrierte Pflege umfasst unter Umständen nicht nur die Körperpflege und die körperliche Untersuchung, sondern auch eine Dekubitusbehandlung. Am Beispiel des im Rahmen der Dekubitusbehandlung etablierten Pflegeprogramms wird auch deutlich: Die **Einsatztage pro Woche** unterliegen Beschränkungen. Pflegeeinsätze am Wochenende sind dem Notfall vorbehalten. Bei Bedarf lassen sich Pflegeeinsätze an sieben Tagen pro Woche absolvieren. Die Einsätze lassen sich nicht beliebig auf einen Einsatztag verteilen: Das Pflegepersonal kann bei Bedarf regelmäßig Pflegeeinsätze zu ausgewählten Tageszeiten durchführen: sei es zur Vormittagszeit, sei es zur Abendzeit. Pflegeeinsätze zur Nachtzeit sind dauerhaft vermutlich nicht machbar. Am Beispiel des im Rahmen der Dekubitusbehandlung etablierten Pflegeprogramms wird ferner deutlich: Die Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag** lässt sich nur begrenzt erhöhen. Ein Einsatz pro Einsatztag gilt als normal. Zwei Einsätze pro Einsatztag sind bedingt machbar. Auch die **Zeit pro Einsatz** lässt sich nur begrenzt ausdehnen: Die Pflegekraft kann im Pflegefall unmöglich Einsätze durchführen, die vierundzwanzig Stunden währen. Sie kann nach eigenen Angaben im Einzelfall jeweils eine Dreiviertelstunde pro Einsatz reservieren<sup>1217</sup>. Sie kann den Vollzug von Pflegeleistungen, die für die Patientin schmerzhaft sind, nach eigenen Angaben allerdings nicht unterbrechen und „eine Stunde warten, bis sie sich wieder regeneriert hat“<sup>1218</sup>. Die Überschreitung der reservierten Zeit ist möglichst zu vermeiden.

Strukturell bedingt begrenzt sind auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **pflegenahe Leistungen** zu übernehmen. Deutlich wird: Das Pflegepersonal kann **pflegenahe Beratungsleistungen** übernehmen.<sup>1219</sup> Es kann im Rahmen der Pflegeberatung über Pflegestandards aufklären: über die Möglichkeit, bei der häuslichen Pflege einer bettlägerigen Patientin ein der Arbeitserleichterung dienendes technisches Pflegehilfsmittel (ein Krankenhausbett) einzusetzen, und über die Notwendigkeit, bei der häuslichen Pflege einer bettlägerigen Patientin mit Dekubitus für ein der Druckentlastung

---

<sup>1216</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1217</sup> vgl.: EPI 2: 37.

<sup>1218</sup> ebd.: 40.

<sup>1219</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

dienendes formelles und informelles Pflegeprogramm zu sorgen. Es kann im Rahmen der Pflegeberatung auch über Standards der Schmerzbehandlung aufklären. Das Pflegepersonal hat zwar die Möglichkeit, beratend tätig zu werden, hat aber keine Garantie dafür, dass Angehörige seiner Beratung Folge leisten: Es kann Angehörige weder anweisen, (in einer Regeln formeller Pflege gemäßen Weise) informelle Pflege zu leisten, noch kann es Angehörige anweisen, technische Pflegehilfsmittel einzuführen. Nach eigener Darstellung begegnet die Pflegekraft im Einzelfall einer Angehörigen, die sich nicht (widerstandlos) hat beraten lassen. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Das Pflegepersonal kann in begrenztem Umfang auch **pflegenahе Betreuungsleistungen** übernehmen.<sup>1220</sup> Pflege und pflegenahе Betreuung, sei es Konversation, sei es Trost und Ermunterung lassen sich im Verlauf eines Pflegeeinsatzes verbinden. Das Pflegepersonal kann ferner begrenzt **pflegenahе Hausarbeiten** verrichten.<sup>1221</sup> Pflegenahе Hausarbeiten im Verlauf eines Pflegeeinsatzes erledigend, kann die Pflegekraft nach getaner Pflegearbeit etwa Aufräumarbeiten übernehmen, die auf den eigenen Arbeitsplatz und den eigenen Arbeitsprozess beschränkt bleiben (Leeren des Waschsüssel).

Nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten die pflegebedürftige Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten zur **Unterstützung der familiären Pflegeperson** sind strukturbedingt begrenzt. Der Pflegeeinsatz eröffnet in begrenztem Umfang Möglichkeiten, pflegende Angehörige zu unterstützen: etwa durch die **Übernahme von Pflegeleistungen**.<sup>1222</sup> Das Pflegepersonal kann von der Möglichkeit Gebrauch machen, formelle Pflege zu leisten und der familiären Pflegeperson für die Dauer des Pflegeeinsatzes eine Auszeit von informeller Pflege zu bieten. Macht das Pflegepersonal von jener Möglichkeit Gebrauch, gewährt es der familiären Pflegeperson pflegefreie Zeit. Die Pflegekraft ist der Ansicht: Eine auf den Pflegeeinsatz beschränkt bleibende Auszeit von informeller Pflege bietet der Angehörigen keinen nennenswerten Spielraum, sich zu erholen, stellt aber die einzig pflegefreie Zeit pro Tag dar, da die Angehörige „den Rest des Tages immer alles übernehmen muß [sic.]“<sup>1223</sup>. Nach Auffassung der Pflegekraft eröffnet nicht Pflegeeinsatz, sondern der Tod der pflegebedürftigen Person der familiären Pflegeperson die Möglichkeit einer effektiver Entlastung: die Möglichkeit der „Erlösung“<sup>1224</sup>.

---

<sup>1220</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1221</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1222</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1223</sup> EPI 2: 52.

<sup>1224</sup> ebd.: 42.

#### 2.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Am Beispiel des eigenen Bemühens, eine Verschlimmerung der Dekubitusbildung zu vermeiden, verdeutlicht die Pflegekraft: Die Verpflichtung, im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten **Pflegearbeit** zu leisten, kann die Anforderung umfassen, körperlich und seelisch belastende Pflegeleistungen zu übernehmen.<sup>1225</sup> Die Verpflichtung zur Pflegearbeit beinhaltet zugleich die Verpflichtung zur **Koordinationsarbeit**. Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung auch in der Interaktion mit Angehörigen gefordert, Koordinationsleistungen zu erbringen.<sup>1226</sup> Es gilt zu klären: Was sind unter den gegebenen Umständen (un)realistische Zielsetzungen? Soll im Falle der häuslichen Pflege einer bettlägerigen Patientin ein der Arbeitserleichterung dienendes technisches Pflegehilfsmittel, ein Krankenhausbett, eingesetzt werden? Ist es Aufgabe der Angehörigen, es zu besorgen? Welche persönlichen Hilfestellungen sind zu leisten? Welche Pflegeleistungen übernehmen die Angehörigen im Falle einer bettlägerigen Patientin mit Dekubitus? Welche Aufgaben nehmen die Pflegekräfte wahr? Was sind Zeiten informeller Pflege? Was sind Zeiten formeller Pflege? Die Verpflichtung zur Pflegearbeit schließt auch die Verpflichtung zur **Fehlerarbeit** ein. Es gilt, Fehler zu vermeiden und Fehler zu bearbeiten, die sich für die pflegebedürftige Person als folgens schwer erweisen können.<sup>1227</sup> Gefahren für Leib und Leben der Patientin sind nach Möglichkeit abzuwehren. Die Pflegekraft hat nach eigener Darstellung wahrgenommen, dass die Patientin den Vollzug ausgewählter Pflegeleistungen (Betten und Lagern) mitunter als schmerzhaft empfunden hat. Aus Sicht der Pflegekraft ist der Vollzug jener Pflegeleistungen unter den gegebenen Umständen (Bettlägerigkeit und Dekubitus) zwecks Gefahrenabwehr fachlich indiziert gewesen. Würde die Pflegekraft es unterlassen, jene der Gefahrenabwehr dienenden Pflegeleistungen zu verrichten, würde sie einen Handlungsfehler begehen, der sich für die pflegebedürftige Person als folgens schwer erweisen kann.

Der **Hauptauftrag** der Pflegekraft besteht darin, sich im Rahmen fachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen. Er hat eine **Ergänzung** erfahren: Nachdem die Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes die Entscheidung gefällt hat, dass für ausgewählte Pflegeleistungen künftig Gebühren zu erheben sind und dass die Höhe der finanziellen Selbstbeteiligung von der praktischen Selbstbeteiligung abhängig

---

<sup>1225</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1226</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2.; Kapitel 2.2.2.3; Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1227</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

zu machen ist, ist es Aufgabe der Pflegekraft geworden, im jedem Einzelfall zu entscheiden: Ist das Verfahren zur finanziellen Selbstbeteiligung zu eröffnen? Lassen sich die im Rahmen der finanziellen Selbstbeteiligung zu tragenden Pflegekosten senken, da eine von Angehörigen geleistete praktische Selbstbeteiligung an der Pflege im Rahmen der Pflegeeinsätze erkennbar ist?<sup>1228</sup>

Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht einerseits ein **Recht auf Freizeit**, das sich am Ende des Arbeitstages und am Wochenende realisieren lässt, andererseits ein **Recht auf Arbeitserleichterung**, das sich durch Nutzung technischer Pflegehilfsmittel verwirklichen lässt.<sup>1229</sup> Im Einzelfall steht ein Krankenhausbett zur Verfügung. Steht auch eine informelle Hilfskraft zur Verfügung, die in der Zeit während der Pflegeeinsätze persönliche Hilfestellung leistet? Deutlich wird: Das Recht auf Arbeitserleichterung lässt sich in der Zeit während der Pflegeeinsätze nicht nur durch Nutzung informeller Hilfe, sondern auch durch Verzicht auf Nutzung informeller Hilfe realisieren. Die pflegende Angehörige gilt als kompliziert. Sie leistet in der Zeit während der Pflegeeinsätze (nicht) regelmäßig Hilfestellung. Wenn sie in der Zeit während der Pflegeeinsätze persönliche Hilfestellung leistet, dann erleichtert deren Engagement die Arbeit des Pflegepersonals zwar in körperlicher Hinsicht, erschwert die Arbeit des Pflegepersonals aber unter Umständen in seelischer Hinsicht.<sup>1230</sup>

#### 2.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Die Pflegekraft bezweifelt nicht, dass pflegende Angehörige ein **Recht auf Freizeit** haben. Sie bezweifelt vielmehr, dass pflegende Angehörige jenes Recht auf Freizeit de facto realisieren können, wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll. Ist die Pflegekraft der Ansicht, dass Pflege selbstverständlich ist und als Selbstverständlichkeit stillschweigend zu leisten ist<sup>1231</sup>, bestreitet sie nicht nur, dass pflegende Angehörige ein **Recht auf soziale Anerkennung** informeller Pflege haben, sondern bestreitet auch, dass pflegende Angehörige das Recht haben, jene Anerkennung von ihr einzufordern.<sup>1232</sup>

Anzunehmen ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext gewährleistet werden soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft bedingt gefordert, sich an der

---

<sup>1228</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1229</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1230</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1231</sup> vgl.: EPI 2: 18.

<sup>1232</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



**Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** zu beteiligen.<sup>1233</sup> Die Pflegekraft hegt wahrscheinlich den Anspruch: Angehörige sollen die Pflegekraft um formelle Unterstützung bitten, wenn sie der Ansicht sind, dass es zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege jener formellen Unterstützung bedarf, welche die Pflegekraft bietet. Anzunehmen ist ferner: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft auch bedingt gefordert, an der **Produktion von Pflegeleistungen** mitzuwirken.<sup>1234</sup> Die Pflegekraft hat wahrscheinlich den Anspruch: Angehörige sollen bei Bedarf vorrangig vor formeller Pflege und gemäß formeller Pflegeberatung informelle Pflege leisten. Angehörige sollen bedarfsweise Pflegeleistungen übernehmen, die sich aus Sicht der Pflegekraft auch von Personen ausführen lassen, die keine Pflegeausbildung besitzen. Nach Auffassung der Pflegekraft lassen sich die Körperpflege einer bettlägerigen Person, das Füttern, das Betten und Lagern einer bettlägerigen Person und die Dekubitusbehandlung zu jenen Pflegeleistungen zählen, die Angehörige teils ohne Anleitung, teils nach Anleitung übernehmen können. Die Pflegekraft hegt wahrscheinlich nicht nur Ansprüche in Bezug auf **informelle Pflegeleistungen**, sondern auch Ansprüche mit Bezug auf **Zeiten informeller Pflege**.

- Pflegende Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft verpflichtet, in Zeiten **zwischen** den Einsätzen des Personals bedarfsweise Pflege zu leisten. Sie sollen die außerhalb der regulären Arbeitszeiten des Personals anfallenden Pflegeleistungen selber verrichten: die Pflege zur Nachmittagszeit, die Pflege zur Nachtzeit, die Pflege am Wochenende. Sie sollen zwischenzeitlich erforderliche Pflegeleistungen verrichten, ohne sich durch Schmerzen der pflegebedürftigen Person abschrecken zu lassen.
- Sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft auch verpflichtet, in Zeiten **während** der Einsätze des Personals Pflege zu leisten? Die Pflegekraft ist der Auffassung: Angehörige sollen in Zeiten während der Einsätze Hilfe leisten, soweit sie das als nötig und möglich erachtet. Sie prüft: Sind Angehörige abkömmlich? Ist deren Mithilfe nötig, um sich selber eine (körperliche) Entlastung zu verschaffen? Ist deren Mithilfe möglich, ohne sich selber eine (seelische) Belastung aufzubürden und ohne die Angehörigen zu überfordern?

---

<sup>1233</sup> siehe Kapitel 2.2.1.1. und Kapitel 2.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1234</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2.; Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

- Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie behält sich im Einzelfall die Möglichkeit vor, zu entscheiden, ob eine unterlassene Hilfestellung in der Zeit während eines Einsatzes einen **Fall entschuldigter oder unentschuldigter Fehlers** darstellt. Die Pflegekraft ist der Ansicht: Wenn die entfernt lebenden Kinder und Enkelkinder zu Besuch sind, dann ist die Angehörige unabhkömmlich und dann lässt sich deren unterlassene Hilfestellung während eines Einsatzes als Fall entschuldigter Fehlers betrachten.
- Die Pflegekraft vertritt vermutlich die Auffassung: Angehörige sollen ihr in der Zeit während eines Einsatzes unter Umständen unaufgefordert behilflich sein. Sie ist möglicherweise auch der Auffassung: Angehörige sollen ihr unter Umständen zumindest unaufgefordert anbieten, in der Zeit während der Einsätze Hilfestellung zu leisten, und sollen es ihr überlassen, jenes Angebot dankend anzunehmen oder dankend abzulehnen.

Unterhält die Pflegekraft auch Ansprüche hinsichtlich der **Wahl der familiären Pflegeperson**? Anzunehmen ist: Sie betrachtet es vornehmlich als Aufgabe eines Familienangehörigen weiblichen Geschlechts, den Körper eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes zu pflegen.<sup>1235</sup> Der seitens der Pflegekraft gehegte Anspruch, dass Angehörige bei Bedarf vorrangig vor formeller Pflege informelle Pflege leisten, wenn Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, ist organisationsstrukturell verankert. Er hat mit der seitens der Gemeinde eingeleiteten Veränderung der Finanzierung des gemeindlichen Pflegedienstes, der Verknüpfung von finanzieller und praktischer Selbstbeteiligung, eine strukturelle Verfestigung erfahren.<sup>1236</sup>

#### 2.4.1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Jeder kann jederzeit versehentlich einen **Fehler** machen. Die Pflegekraft weiß um die Heterogenität der **Fehlermöglichkeiten** im Kontext ambulanter Pflege. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Es besteht jederzeit die Möglichkeit, dass sie irrtümlicherweise einen Deutungsfehler begeht. Die Pflegekraft ist gefordert, Deutungen zu entwickeln und sich zwischen Deutungsalternativen zu entscheiden. Die Belastung von Angehörigen, der Wunsch nach formeller Unterstützung und der Bedarf an formeller Unterstützung sind interpretationsbedürftige Größen. Als interpretationsbedürftige Größen sind sie anfällig

<sup>1235</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1236</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

für **Deutungsfehler**.<sup>1237</sup> Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat sich im Verlauf der Fallbearbeitung wiederholt gefordert gesehen, Kommunikationsleistungen der Angehörigen zu deuten. Die Angehörige hat einerseits von der Vielzahl erbrachter informeller Pflegeleistungen berichtet. Andererseits hat die Angehörige darauf verwiesen, dass es für sie ein Problem darstellt, eine ausgewählte informelle Pflegeleistung zu erbringen, die im Rahmen der Pflege und Behandlung der bettlägerigen Patientin fachlich indiziert ist: das Betten und Lagern. Die Angehörige hat darauf hingewiesen, dass die zu pflegende Person den Vollzug jener Pflegeleistung als schmerzhaft empfindet. Sind jene Kommunikationsleistungen als Ausdruck eines **Wunsches nach formeller Unterstützung** zu interpretieren: eines Wunsches nach formeller Pflege oder eines Wunsches nach formeller Pflegeberatung? Sind jene Kommunikationsleistungen als Anzeichen für die **Belastung** und das **Belastungsempfinden der Angehörigen** zu deuten? Sind sie als Hinweis auf Bedarf an formeller Unterstützung zu betrachten? Die Pflegekraft hat sich nach eigener Darstellung im Verlauf der Fallbearbeitung wiederholt gefordert gesehen, den **Bedarf an formeller Unterstützung** einzuschätzen: Ist der Bedarf an formeller Pflege gestiegen? Ist der Bedarf an formeller Pflege in einem Maße gestiegen, dass eine erhöhte Anzahl von Einsätzen pro Einsatztag und/oder eine erhöhte Anzahl von Einsatztagen pro Woche angezeigt ist? Ist formelle Pflege am Wochenende erforderlich? Besteht nicht nur Bedarf an formeller Pflege, sondern auch Bedarf an formeller Pflegeberatung, um informelle Pflegeleistungen zu wahren und zu mehren?

Die Pflegekraft hat nach eigener Darstellung **Fehler als Faktum** erlebt. Sie ist der Auffassung: Die familiäre Pflegeperson hat es wiederholt unterlassen, in der Zeit zwischen den Einsätzen des Personals Pflegeleistungen zu erbringen, die im Rahmen der Pflege und Behandlung der bettlägerigen Patientin fachlich indiziert gewesen sind (Betten und Lagern). Die Angehörige hat aus Sicht der Pflegekraft einen Pflegefehler begangen: einen Handlungsfehler im Rahmen der Pflegearbeit.<sup>1238</sup> Hat nicht nur die pflegende Angehörige, sondern auch die Pflegekraft einen Fehler im Rahmen der Pflege und Behandlung der bettlägerigen Patientin begangen? Hat sie die Verschlimmerung des Dekubitus als vermeidbare Komplikation betrachtet, ist sie gefordert gewesen, auch die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass zeitweilig mangelndes eigenes Engagement zur Verschlimmerung des Dekubitus beigetragen haben kann.<sup>1239</sup>

---

<sup>1237</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1238</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1239</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

- Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat den sich verschlimmernden Dekubitus zwar wahrgenommen, es aber unterlassen, sich unverzüglich mit der Angehörigen über das informelle Pflegeprogramm zu verständigen. Hat sie den Bedarf an formeller Pflegeberatung unterschätzt? Wäre eine unverzüglich geleistete Pflegeberatung angezeigt gewesen?
- Die Ausführungen der Pflegekraft lassen auch vermuten: Sie hat erste Anzeichen für eine Verschlimmerung des Dekubitus zwar wahrgenommen, es aber unterlassen, das formelle Pflegeprogramm unverzüglich auszubauen. Hat sie den Bedarf an formeller Pflege unterschätzt? Wäre ein unverzüglicher Ausbau des formellen Pflegeprogramms angezeigt gewesen?

Die Pflegekraft hat es vermutlich wiederholt unterlassen, die Angehörige zur rechten Zeit über Ansprüche aufzuklären, die sie an deren Engagement im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege unterhält.<sup>1240</sup> Wenn sie es versäumt hat, die Angehörige rechtzeitig sowohl über Ansprüche an deren Mitwirkung in der Zeit während eines Einsatzes als auch über Ansprüche an deren Beteiligung in der Zeit zwischen den Einsätzen aufzuklären, dann hat sie **Kommunikationsfehler** begangen: Handlungsfehler im Rahmen der Koordinationsarbeit.

#### 2.4.2. Handlungsziele

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft ist bestrebt gewesen, einen Beitrag zur Sicherung der **Lebensqualität** auf Seiten der pflegebedürftigen Person zu leisten. Ihr soll einerseits ermöglicht werden, solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Ihr soll andererseits ermöglicht werden, in der eigenen Häuslichkeit zu sterben. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft nimmt zwei Gefährdungspotentiale wahr. Erstens kann sich der körperliche Zustand der bettlägerigen Patientin jederzeit in lebensbedrohlicher Weise verschlechtern. Es droht sowohl die Verschlimmerung des Dekubitus als auch die Entstehung einer Lungenentzündung. Zweitens ist das familiäre Engagement gefährdet. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Trotz der "Belastung" der pflegenden Angehörigen besteht zwar **nicht** die **Gefahr eines Abbruchs der informellen Pflege**. Es gibt keine Veranlassung, an der Bereitschaft der pflegenden Angehörigen zu zweifeln, die häusliche Pflege bis zum Tod der pflegebedürftigen Person fortzusetzen.

---

<sup>1240</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Aber wegen der Belastung der pflegenden Angehörigen besteht erhöhte **Gefahr eines Ausfalls der familiären Pflegeperson**<sup>1241, 1242</sup>. Wenn es in der Phase mit extrem hoher Pflegebedürftigkeit zu einem Ausfall der familiären Pflegeperson kommt, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege gefährdet. Anzunehmen ist: Bei Ausfall der familiären Pflegeperson bleibt die familiäre Pflegerolle vakant. Weder auf der Ebene des familialen Netzes, noch auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation gibt es eine Ersatzlösung. Aus Sicht der Pflegekraft besteht allerdings nicht nur die Gefahr, dass die Angehörige als Pflegeperson **komplett** ausfällt, sondern auch die Gefahr, dass sie als Pflegeperson **partiell** ausfällt. Die Pflegekraft befürchtet, dass die pflegende Angehörige erneut die Bereitschaft aufkündigt, eine ausgewählte, im Rahmen der Pflege und Behandlung der bettlägerigen Person fachlich indizierte Pflegeleistung zu übernehmen: das Betten und Lagern.<sup>1243</sup>

Zu unterstellen ist das Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern.<sup>1244</sup> Nach Möglichkeit soll Sicherheit für Leib und Leben der pflegebedürftigen Person gewährleistet werden. Eine Verschlechterung des körperlichen Zustands der Patientin soll möglichst vermieden werden. Nach Möglichkeit soll ein für die Patientin schmerzfreier Vollzug fachlich indizierter Pflegeleistungen gewährleistet sein. Zu unterstellen ist ferner das Bestreben der Pflegekraft, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern.<sup>1245</sup> Nach Möglichkeit soll sowohl die Arbeitskraft auf Seiten des Pflegepersonals, als auch die Arbeitskraft auf Seiten der pflegenden Angehörigen gewahrt werden. Die pflegende Angehörige soll nach Möglichkeit entlastet werden. Entlastung ist nach Angaben der Pflegekraft sowohl durch Einsatz eines technischen Pflegehilfsmittels, als auch durch Übernahme von Pflegeeinsätzen möglich. Im Falle des Einsatzes eines technischen Pflegehilfsmittels können beide Parteien, Angehörige und Pflegepersonal, gleichermaßen entlastet werden. Im Falle der Übernahme des Pflegeeinsatzes ist dagegen die Entlastung der einen Partei mit der Belastung der anderen Partei verbunden. Deutlich wird: Wenn die Pflegekraft der Angehörigen für die Dauer des Pflegeeinsatzes Entlastung in Gestalt pflegefreier Zeit bietet, dann verwirft sie eine Möglichkeit, die eigene körperliche Belastung zu mindern, und wählt eine Möglichkeit, die es ihr allenfalls erlaubt, die eigene seelische Belastung zu reduzieren, soweit diese mit der konflikträchtigen Beziehung zu jener Angehörigen assoziiert ist. Die Pflegekraft ist sich einerseits der Begrenztheit der Möglichkeiten bewusst, Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten. Andererseits befürchtet sie: Die

---

<sup>1241</sup> vgl.: EPI 2.2: 9.

<sup>1242</sup> siehe Kapitel 2.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1243</sup> siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1244</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3. und Kapitel 2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1245</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2.; Kapitel 2.2.2.3.; Kapitel 2.2.5.1. und Kapitel 2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Übernahme von Pflegeeinsätzen kann nicht nur zu einer Stärkung, sondern auch zu einer Schwächung familialen Engagements führen. Sie verdeutlicht: Jene Befürchtung hat der Entscheidung zugrunde gelegen, in der Phase des verschlimmerten Dekubitus zunächst nur die Anzahl der Einsatztage pro Woche, nicht aber sofort die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag zu erhöhen. Formelle Pflegeberatung leistend, ist sie vermutlich bestrebt gewesen, das Engagement der Angehörigen nicht nur zu wahren, sondern auch zu mehren. Nach Darstellung der Pflegekraft soll eine Vergeudung von Arbeitskraft auf Seiten des Personals möglichst vermieden werden.<sup>1246</sup> Aus Sicht der Pflegekraft ist zu beachten: Nach Möglichkeit sollen nicht mehr Einsätze als nötig geleistet werden. Einsätze sollen nach Möglichkeit nicht länger als nötig dauern und für Einsätze soll möglichst nicht mehr Personal als nötig einplant werden.

Lässt sich auf Seiten der Pflegekraft auch das Bemühen um Sicherung der **Qualität des Arbeitsklimas** erkennen? Zu unterstellen ist das Bestreben der Pflegekraft, die Qualität des Arbeitsklimas nicht unnötig zu gefährden.<sup>1247</sup> Sie hat der Angehörigen nach eigener Aussage zu Beginn der Fallbearbeitung versprochen, die Entscheidung wider die Übernahme des Wochenenddienstes aufzuheben, sofern sie einen Bedarf an formeller Pflege am Wochenende feststellt. Sie hat nach eigener Auskunft ferner versucht, der Angehörigen Einblick in Zielsetzungen ambulanter Pflege zu geben, ohne Hoffnungen zu wecken, die zu erfüllen, sie nicht garantieren kann. Sie verdeutlicht: Sie erlebt die in Relation zu jener Angehörigen entwickelte Arbeitsbeziehung als belastet und ist bereit, die Gebührenordnung, die für ausgewählte Pflegeleistungen eingeführt worden ist, nicht wortgetreu, sondern sinngemäß auszulegen, um eine steigende Belastung jener ohnehin belasteten Arbeitsbeziehung möglichst zu vermeiden. Laut Gebührenordnung lässt sich die finanzielle Selbstbeteiligung an den Kosten ausgewählter Pflegeleistungen senken, wenn Angehörige durch eine praktische Selbstbeteiligung während der Pflegeeinsätze zur Sicherstellung der Pflege beitragen. Bei buchstabengetreuer Auslegung lässt sich lediglich deren Mitarbeit während eines Pflegeeinsatzes als praktische Hilfe bewerten. Bei sinngemäßer Auslegung lässt sich hingegen auch deren Vorarbeit für einen Pflegeeinsatz als praktische Hilfe würdigen.

- Sie befürchtet vermutlich: Im Falle einer buchstabengetreuen Auslegung der Gebührenordnung geht eine durch informelle Hilfestellung realisierbare finanzielle Entlastung der Angehörigen mit einer steigenden Belastung der Arbeitsbeziehung einher, wenn die eigene seelische Belastung durch den Kontakt mit der Angehörigen erhöht wird.

---

<sup>1246</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1247</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

- Sie hofft vermutlich: Im Falle einer sinngemäßen Auslegung der Gebührenordnung geht eine durch Verzicht auf informelle Hilfe während der Einsatzzeiten realisierbare seelische Entlastung der eigenen Person mit einer Entlastung der Arbeitsbeziehung einher, ohne zu einer gesteigerten finanziellen Belastung der Angehörigen zu führen.

Die Pflegekraft verdeutlicht: Einen Mangel an informellem Engagement in der Zeit **während** der Einsätze wahrnehmend, hat sie zwar eine Störung des persönlichen Friedens erlebt, hat aber versucht, den Anschein sozialen Friedens am Arbeitsplatz aufrecht zu erhalten. Sie hat vermutlich abgewogen: Ist es unter den gegebenen Umständen eher angeraten, auf die Mitarbeit der Angehörigen in der Zeit während der Einsätze zu verzichten, als deren Mitarbeit während der Einsätze einzufordern? Die Pflegekraft verdeutlicht ferner: Einen Mangel an informellem Engagement in der Zeit **zwischen** den Einsätzen wahrnehmend, hat sie eine erneute Störung des persönlichen Friedens erlebt, hat aber keinen erneuten Versuch unternommen, den Anschein sozialen Friedens am Arbeitsplatz aufrecht zu erhalten. Sie hat vermutlich wiederum abgewogen: Ist es unter den gegebenen Umständen eher angeraten, die Mitarbeit der Angehörigen in der Zeit zwischen den Einsätzen einzufordern, als auf deren Mitarbeit zwischen den Einsätzen zu verzichten? Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat das Streitgespräch mit der Angehörigen riskiert. Unter Hinweis auf die Verschlimmerung des Dekubitus hat sie der familiären Pflegeperson zu verstehen gegeben, dass die bettlägerige Patientin einen Schaden erlitten hat. Unter Hinweis auf mangelnde Qualität informeller Pflege beim Betten und Lagern der Patientin hat sie der familiären Pflegeperson ferner zu verstehen gegeben, dass sie ihr die Schuld für jene Schädigung zuweist. Den Ausführungen der Pflegekraft kann auch entnommen werden: Sie hat sich in Anbetracht der Verschlimmerung des Dekubitus veranlasst gesehen, das formelle Pflegeprogramm auszubauen.

### 2.4.3. Handlungsstrategien

#### 2.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat, das formelle Pflegeprogramm einrichtend, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **begrenzt**.<sup>1248</sup> Sie hat nach eigener Darstellung die Arbeitszeiten und die Arbeitsleistungen beschränkt. Sie hat fünfundvierzig Minuten Zeit pro Einsatz reserviert. Sie hat jene Einsatzzeit erstens für jeweils einen Einsatz pro Einsatztag vorgemerkt: für einen Einsatz zur Vormittagszeit. Sie hat jene Einsatzzeit zweitens an allen regulären Einsatztagen (Montag bis Freitag) freigehalten: im Verlaufe der Fallbearbeitung auch an den außergewöhnlichen Einsatztagen (Samstag und Sonntag). Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen (Körperpflege, Betten und Lagern, Dekubitusbehandlung) im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: Sie hat pflegenahen Beratungsleistungen und pflegenahen Hausarbeiten im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes teils zeitgleich, teils zeitversetzt zu Pflegeleistungen erbracht.<sup>1249</sup> Sie hat eigenem Bekunden nach auch die Personalmenge pro Einsatz beschränkt: Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung entschieden, nur noch ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz einzuplanen.

Zu unterstellen ist ferner: Die Pflegekraft hat sich bemüht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals auf ein aus ihrer Sicht **rechtes Maß** zu begrenzen.<sup>1250</sup> Ihre Aufmerksamkeit auf den Auftrag richtend, bedingt Pflegearbeit zu leisten, hat sie **Bedarfsprüfungen** vorgenommen. Sie hat sich bei der Bestimmung des Bedarfs an formeller Pflege auch auf die ärztliche Verordnung zur Dekubitusbehandlung gestützt. Sie hat sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit geprüft, formelle Pflege zu leisten. Sie ist vermutlich zu der Auffassung gelangt: Es ist sowohl nötig als auch möglich, Pflegeeinsätze zur Vormittagszeit einzurichten. Es ist möglich, aber möglicherweise noch nicht nötig, Pflegeeinsätze auch zur Abendzeit zu absolvieren. Es ist nicht nur möglich, sondern mittlerweile auch nötig, Pflegeeinsätze am Wochenende durchzuführen. Es ist unmöglich, Tag und Nacht formelle Pflege zu leisten. Anzunehmen ist: Sie ist bemüht gewesen, das Pflegepersonal **nur soweit** in der Pflegearbeit einzusetzen, wie sie es als **nötig und möglich** betrachtet hat. Der Versuch, das formelle Engagement des Pflegepersonals auf ein aus Sicht der Pflegekraft rechtes Maß zu

---

<sup>1248</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1249</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.2. und Kapitel 2.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1250</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



begrenzen, lässt sich auch als Versuch betrachten, das informelle Engagement der Angehörigen zu wahren.

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat im Verlauf der Fallbearbeitung für **kontinuierliche Bedarfsprüfungen** gesorgt. Sie hat die Pflegeeinsätze genutzt, Pflegearbeit und Bedarfsprüfung zu kombinieren. Auf diese Weise hat sie beständig die Notwendigkeit und Möglichkeit geprüft, das formelle Pflegeprogramm zu verändern. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung nach eigenen Angaben eine **Veränderung am formellen Pflegeprogramm** vorgenommen.<sup>1251</sup> Sie ist im Rahmen der Dekubitusbehandlung nach eigener Darstellung zu der Auffassung gelangt: Es ist in Anbetracht eines gestiegenen Bedarfs an formeller Pflege angezeigt, das formelle Pflegeprogramm auszubauen. Über einen Ausbau der formellen Pflegeprogramms reflektierend, hat sie nach eigener Aussage zwei Möglichkeiten in Erwägung gezogen, die Pflegezeiten auszudehnen: einerseits eine Erhöhung der Anzahl der Einsatztage pro Woche (Übernahme des Wochenenddienstes), andererseits eine Erhöhung der Anzahl der Einsätze pro Einsatztag (Übernahme von zwei Einsätzen an allen regulären Arbeitstagen). Eigenem Bekunden nach hat sie die Pflegezeiten unter den gegebenen Umständen in geringerem Ausmaß ausgebaut (Stichwort: Übernahme des Wochenenddienstes). Sie hat nach eigener Aussage nicht ausgeschlossen, dass das formelle Pflegeprogramm unter veränderten Umständen durch Erhöhung der Anzahl der Einsätze pro Einsatztag in noch stärkerem Ausmaß auszubauen ist.<sup>1252</sup>

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat nicht nur selber Pflege geleistet, sondern hat auch Pflege leisten lassen. Sich der Strategie des Personalwechsels bedienend, hat sie formelle Pflege leisten lassen. Sie hat ferner informelle Pflege leisten lassen.<sup>1253</sup> Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Ein ausgewähltes Familienmitglied hat sich im Verlauf der Fallbearbeitung nicht nur an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt: die im Haushalt lebende Tochter. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung informelle Pflege geleistet: in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen, phasenweise auch in der Zeit während der Pflegeeinsätze. Das heißt: Formelle und informelle Pflege sind teils zeitgleich erbracht worden. Informelle Pflege ist teils auch zeitversetzt zu formeller Pflege verrichtet worden. Die Pflegekraft hat sich in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen, phasenweise auch in der Zeit während der Pflegeeinsätze auf den **Vorrang informeller Pflege** gestützt. Die Angehörige in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes als Zweitkraft einbindend, hat sie in der Zeit während jenes Einsatzes

---

<sup>1251</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1252</sup> siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1253</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

auf den Vorrang informeller Pflege gebaut. Die Angehörige in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes als Zweitkraft ausgrenzend, hat sie den Vorrang informeller Pflege in der Zeit während jenes Einsatzes aufgehoben. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat versucht, die pflegende Angehörige an der Pflegearbeit zu beteiligen, **soweit** sie deren Beteiligung als **nötig und möglich** betrachtet hat.

Naheliegend ist die Vermutung: Während der Pflegeeinsätze unterschiedlich verfahren, ist die Pflegekraft auf die Wahrung der eigenen Arbeitskraft bedacht gewesen.<sup>1254</sup> Sie hat sich während der Pflegeeinsätze, die sie in der Phase technisch erschwerter Arbeitsbedingungen (Phase ohne Krankenhausbett) durchgeführt hat, Arbeitserleichterung verschafft: nicht durch Einbindung der pflegenden Angehörigen, sondern durch Einbindung einer zweiten Pflegekraft. Sie hat sich auch während der Pflegeeinsätze, die sie in der Phase technisch erleichterter Arbeitsbedingungen (Phase mit Krankenhausbett) absolviert hat, Arbeitserleichterung verschafft: teils durch Einbindung der Angehörigen, teils durch Ausgrenzung der Angehörigen. Die Angehörige als Zweitkraft einbindend, hat sie körperliche Entlastung gesucht: Sie hat sich gefordert gesehen, körperlich schwere Pflegearbeit zu leisten. Die Angehörige als Zweitkraft ausgrenzend, hat sie seelische Entlastung gesucht: Sie hat Interaktionen mit der Angehörigen als konflikträchtig erlebt.

Naheliegend ist ferner die Vermutung: Während der Pflegeeinsätze unterschiedlich verfahren, ist die Pflegekraft auch darauf bedacht gewesen, die Arbeitskraft auf Seiten der familiären Pflegeperson zu wahren.<sup>1255</sup> Hat sie den Vorrang informeller Pflege für die Dauer des Pflegeeinsatzes aufgehoben, hat sie der familiären Pflegeperson pflegefreie Zeit geboten. Hat sie in der Zeit während des Pflegeeinsatzes auf den Vorrang informeller Pflege gebaut, hat sie der pflegenden Angehörigen zwar keine pflegefreie Zeit geboten. Sie hat sie vermutlich aber ausschließlich unter technisch erleichterten Arbeitsbedingungen als Zweitkraft Hilfestellung leisten lassen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat die pflegende Angehörige nicht nur informelle Unterstützung leisten lassen. Sie hat der pflegenden Angehörigen umgekehrt auch formelle Unterstützung gewährt.<sup>1256</sup> Sie hat sie allerdings nur in begrenztem Umfang unterstützt. Einerseits hat sie formelle Pflege geleistet und hat die familiäre Pflegeperson maximal für die Dauer eines Pflegeeinsatzes von (alleiniger) informeller Pflege freigestellt. Andererseits hat sie die Pflege der pflegebedürftigen Person im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit der Beratung der pflegenden Angehörigen kombiniert, sofern sie deren Beratung für nötig

---

<sup>1254</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1255</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1256</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3.; Kapitel 2.2.2.5.1.; Kapitel 2.2.2.5.2. und Kapitel 2.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

und möglich gehalten hat. Einer sozialen Betreuung der familiären Pflegeperson ist sie nach Möglichkeit ausgewichen.

#### 2.4.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat im Rahmen der **Koordinationsarbeit** die Aufmerksamkeit auf den Auftrag gelenkt, bedingt Pflegearbeit zu leisten. Sie hat sowohl im Rahmen der Fallauswahl als auch im Rahmen der Fallbearbeitung in der **Interaktion mit Belegschaftsmitgliedern** Koordinationsarbeit geleistet.<sup>1257</sup> Am Beispiel der **Fallauswahl** wird deutlich: Die Personalstruktur eröffnet ihr die Möglichkeit, sich im Bedarfsfall in Entscheidungsprozessen vertreten zu lassen. Sie ist kurzfristig ausgefallen und hat sich vorübergehend vertreten lassen. Sie hat nicht die Grundsatzentscheidung gefällt: die Entscheidung für oder wider die Fallübernahme. Sie hat eine interne Fallbesprechung genutzt, sich über den Stand des Entscheidungsprozesses aufklären zu lassen, hat die Grundsatzentscheidung überprüft, hat keine Veranlassung gesehen, die Grundsatzentscheidung in ihrer Geltungskraft aufzuheben, und hat die Detailentscheidungen getroffen: die Entscheidungen über die Parameter des formellen Pflegeprogramms. Ihr Ausfall hat sich weder für die pflegebedürftige Person, noch für die pflegende Angehörige als folgenschwer erwiesen. Am Beispiel der **Fallbearbeitung** wird deutlich: Die Personalstruktur eröffnet ihr auch die Möglichkeit, sich im Zweifelsfall in Entscheidungsprozessen unterstützen zu lassen. Sie hat interne Fallbesprechungen genutzt, weitere Belegschaftsmitglieder an der Entscheidungsfindung zu beteiligen. Ist es angezeigt, die Personalmenge pro Einsatz vorübergehend zu erhöhen? Ist es zu verantworten, die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag vorerst nicht zu erhöhen? Lässt sich die Dekubitusverschlimmerung als Folge einer mangelnden Qualität informeller Pflege auslegen? Beteiligt sie weitere Belegschaftsmitglieder an der Entscheidungsfindung, mindert sie im Zweifelsfall einerseits die eigene Entscheidungsunsicherheit, andererseits die Last gefühlter Verantwortung. Sie fühlt sich im Zweifelsfall für Entscheidungen nicht alleinverantwortlich, auch wenn sie im Zweifelsfall für Entscheidungen alleinverantwortlich bleibt.

Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat nicht nur in der Interaktion mit Belegschaftsmitgliedern sondern auch in der Interaktion mit Familienmitgliedern Koordinationsarbeit geleistet. In der Interaktion mit der pflegebedürftigen Person Koordinationsarbeit leistend, hat die Pflegekraft sich vergewissert: Lässt sich deren

---

<sup>1257</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Einverständnis mit dem Vollzug indizierter Pflegeleistungen unterstellen?<sup>1258</sup> Sie hat auch in der **Interaktion mit der pflegenden Angehörigen** Koordinationsarbeit geleistet.<sup>1259</sup> Sie hat **kommunikative Leistungen der Angehörigen** in eigenen Entscheidungsprozessen bedingt berücksichtigt. Sie hat im Verlauf der Fallauswahl die seitens der Angehörigen formulierte Bitte um formelle Unterstützung vermutlich zum Anlass genommen, den Bedarf an formeller Unterstützung zeitnah zu prüfen. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung vermutlich unterstellt: Die im Kontext der Fallauswahl seitens der Angehörigen formulierte Bitte um formelle Unterstützung lässt sich nicht nur als Einwilligung in die einmalige Bedarfsprüfung deuten, sondern lässt sich bis auf Widerruf als Einwilligung in die fortgesetzte Bedarfsprüfung auslegen. Sie hat die Bedarfsprüfungen wahrscheinlich mit Einwilligung der Angehörigen vorgenommen. Im Verlauf der Fallbearbeitung hat sie den Hinweis der Angehörigen, dass es für sie ein Problem darstellt, eine zwar fachlich indizierte, aber für die Patientin schmerzhaft informelle Pflegeleistung zu erbringen, vermutlich zum Anlass genommen, zeitnah Pflegeberatung zu leisten und über Möglichkeiten der Schmerzbehandlung aufzuklären. Anzunehmen ist: Sie hat in der Interaktion mit der Angehörigen **Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm** bedingt als Kommunikationsthema gewählt. Sie hat der Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm **zeitnah mitgeteilt**: soweit sie eine Mitteilung als opportun erachtet hat. Zeitnah mitgeteilt hat sie sowohl die Entscheidung gegen die Übernahme des Wochenenddienstes, als auch die Entscheidung für die Übernahme des Wochenenddienstes. Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm hat sie der pflegenden Angehörigen auch **erläutert**: soweit sie eine Erläuterung als opportun betrachtet hat. Die zu Beginn der Fallbearbeitung gefällte Entscheidung gegen die Übernahme des Wochenenddienstes erläuternd, hat sie nach eigener Darstellung auf **Bedingungen formeller Pflege** verwiesen. Hat sie der Angehörigen auch Einblick in **Zielsetzungen formeller Pflege** gewährt?<sup>1260</sup> Sie hat der Angehörigen nach eigenen Angaben versprochen, sie werde probieren, den körperlichen Zustand der pflegebedürftigen Person durch körperliche Mobilisation zu verbessern<sup>1261</sup>. Zu unterstellen ist: Sie hat der Angehörigen nicht die Zielerreichung, sondern die Arbeit an der Zielerreichung zugesichert. Hat sie der Angehörigen auch versprochen, sie werde versuchen, sie zu entlasten? Nach eigener Aussage hat sie der pflegenden Angehörigen nicht nur zur Einführung eines technischen Pflegehilfsmittels geraten, zur Einführung eines Krankenhausbettes, sondern hat jenen Ratschlag auch mit einer Erklärung

<sup>1258</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1259</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2.; Kapitel 2.2.2.3.; Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1260</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1261</sup> vgl.: EPI 2: 45.

verbunden. Anzunehmen ist: Sie hat der Angehörigen im Rahmen jener Erklärung eine Deutungsanleitung geboten, die diese hat auf das Bestreben der Pflegekraft schließen lassen, nicht nur sich, sondern auch ihr Entlastung durch ein technisches Pflegehilfsmittel zu verschaffen. Hat sie der Angehörigen versprochen, sie werde versuchen, sie durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu entlasten? Sie weiß um die Begrenztheit der organisatorischen Möglichkeiten, der Angehörigen Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten. Zu vermuten ist: Sie hat es unterlassen, der Angehörigen eine Deutungsanleitung für die Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten, die Hoffnungen auf Entlastung nähren könnte. Sie hat es der Angehörigen überlassen, von Entlastung als erlebter Handlungsfolge auf Entlastung als gewähltes Handlungsziel zu schließen.

Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat in der Interaktion mit der Angehörigen nicht nur über **formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals**, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert. Hat die Pflegekraft die familiäre Pflegeperson auch auf Ansprüche hingewiesen, die sie hinsichtlich der Gewährung informeller Unterstützung hat?<sup>1262</sup>

- Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat es als Selbstverständlichkeit betrachtet, dass die in der häuslichen Pflege erfahrene Angehörige sich an der **Produktion von Pflegeleistungen** beteiligt. Die Pflegekraft hat zu Beginn der Fallbearbeitung stillschweigend den Anspruch gehegt, dass die Angehörige fortgesetzt Pflege leistet: dass sie in der Zeit **während** der Pflegeeinsätze unaufgefordert Hilfe leistet und dass sie in der Zeit **zwischen** den Pflegeeinsätzen die erforderlichen Pflegeleistungen übernimmt (Lagerung der bettlägerigen Person).
- Hat sie Stillschweigen über jene Anspruchshaltungen bewahrt, hat sie selber einen Vertrauensvorschuss geleistet. Zu vermuten ist: Sie hat auf die Kontinuität informeller Unterstützung vertraut, auf die Kontinuität informeller Pflege. Sie hat nach eigener Darstellung erlebt, das eigene Vertrauen ist enttäuscht worden: Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung **Verletzungen eigener Anspruchshaltungen** wahrgenommen. Die Angehörige hat es phasenweise sowohl in der Zeit während der Pflegeeinsätze als auch in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen an informeller Pflege fehlen lassen.

---

<sup>1262</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2.; Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

- Anzunehmen ist: Einen in der Zeit während der Einsätze bestehenden Mangel an informeller Pflege registrierend, hat die Pflegekraft in der Interaktion mit der Angehörigen die verbale **Kommunikation** über die (Verletzung der) Anspruchshaltung **vermieden**. Sie hat möglicherweise befürchtet: Aufklärung zu leisten, gefährdet im Einzelfall die Qualität des Arbeitsklimas. Anzunehmen ist ferner: Einen Mangel an informeller Pflege in der Zeit zwischen den Einsätzen registrierend, hat sie in der Interaktion mit der Angehörigen die verbale **Kommunikation** über die (Verletzung der) Anspruchshaltung hingegen **gesucht**. Sie hat möglicherweise die Befürchtung gehabt: Aufklärung zu unterlassen, gefährdet im Einzelfall die Qualität der Pflegearbeit.

Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: In der Interaktion zwischen Pflegekraft und familiärer Pflegeperson sind **Koordinationsprobleme** aufgetreten.<sup>1263</sup> **Erklärungsmöglichkeiten** lassen sich einerseits auf Seiten der Angehörigen, andererseits auf Seiten der Pflegekraft finden. Möglicherweise hat „die Natur“<sup>1264</sup> der Angehörigen die Koordination erschwert. Die Pflegekraft ist der Auffassung:<sup>1265</sup> Jener weder durch die Pflegeausbildung gezähmt, noch durch die Pflegeberatung (problemlos) zähmbaren „Natur“<sup>1266</sup> folgend, hat die Angehörige es phasenweise unterlassen, in der Zeit zwischen den Einsätzen eine zwar fachlich indizierte, aber für die bettlägerige Patientin schmerzhaft informelle Pflegeleistung zu erbringen. Die Pflegekraft hat sich nach eigener Darstellung über jene unterlassene informelle Pflege „geärgert“<sup>1267</sup>. Sie hat im Gespräch mit der Angehörigen nach eigenen Angaben die Auffassung vertreten: Die eingetretene Dekubitusverschlimmerung ist Folge jener unterlassenen informellen Pflege. Nach eigener Aussage verspürt sie Ärger über jeden sich als Folge mangelnder Pflege entwickelnden Dekubitus<sup>1268</sup>. Möglicherweise hat auch jenes seitens der Pflegekraft entwickelte Gefühl der Verärgerung die Koordination erschwert. Die Pflegekraft ist vermutlich zu der Auffassung gelangt: Nicht nur die Patientin, sondern auch sie selber hat infolge jener unterlassenen informellen Pflege eine Schädigung erlitten. Sie ist vermutlich der Ansicht gewesen: wegen jener unterlassenen informellen Pflege wird ihr abverlangt, steigendes Leid der Patientin zu erleben, wird ihr Mehrarbeit aufgebürdet und ihre Chance beeinträchtigt, das eigene Bedürfnis nach fachlicher Anerkennung durch den Hausarzt befriedigen zu können, der

<sup>1263</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1264</sup> EPI 2: 53.

<sup>1265</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>1266</sup> ebd.: 53.

<sup>1267</sup> ebd.: 59.

<sup>1268</sup> vgl.: ebd.: 19.

sie mit der Dekubitusversorgung beauftragt hat<sup>1269</sup>. Möglicherweise hat auch die Art der Pflegekraft die Koordination behindert. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft selber hat einen Mangel an Resolutheit bei der Formulierung und Durchsetzung eigener Anspruchshaltungen verspürt. Nicht nur Resolutheit sondern auch mangelnde Resolutheit kann Koordination erschweren. Möglich ist: Jener Mangel an Resolutheit bei der Formulierung und Durchsetzung eigener Anspruchshaltungen hat einerseits eine für die Angehörige uneindeutige Kommunikationspraxis, andererseits eine für die Angehörige widersprüchliche Entscheidungs- und Pflegepraxis gefördert.<sup>1270</sup>

- Naheliegend ist die Vermutung: Die Pflegekraft hat während der ersten Begegnung **Einigkeit** über das im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes zu praktizierende Verfahren **unterstellt**. Sie ist während der ersten Begegnung gefordert gewesen, verbale Kommunikationsleistungen der Angehörigen zu deuten, nämlich deren Hinweis auf eine angemessene Personenmenge pro Einsatz, hat keine Deutungsspielräume wahrgenommen und ist sicher gewesen: Auch nach Ansicht der Angehörigen ist es selbstverständlich, dass während der Einsätze nicht nur formelle Pflege, sondern auch informelle Pflege geleistet wird.
- Naheliegend ist ferner die Vermutung: Die Pflegekraft hat während der ersten Begegnung **irrtümlicherweise Einigkeit** über das im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes zu praktizierende Verfahren **unterstellt**. Die Angehörige ist während der ersten Begegnung gefordert gewesen, verbale Kommunikationsleistungen der Pflegekraft zu deuten, nämlich deren Verweis auf die angemessene Personalmenge pro Einsatz, hat Deutungsspielräume registriert und ist unsicher gewesen: Ist es nach Ansicht der Pflegekraft (nicht) angezeigt, dass während der Einsätze auch informelle Pflege geleistet wird? Sie hat vertraut, nachfolgende Begegnungen bringen Deutungssicherheit.
- Die Pflegekraft **selbst** hat jene Deutungsunsicherheit im Rahmen der ersten Begegnung vermutlich **verursacht**: durch eine Kommunikationspraxis, die für die Angehörige uneindeutig geblieben ist. Die Pflegekraft **selbst** hat jene Deutungsunsicherheit im Rahmen nachfolgender Begegnungen vermutlich auch **verstärkt**: durch eine Entscheidungs- und Handlungspraxis, die für die Angehörige widersprüchlich geblieben ist.

---

<sup>1269</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1270</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

- Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat sich zu Beginn der Fallbearbeitung, in der Phase ohne Krankenhausbett, entgegen dem der Angehörigen angekündigten Plan, ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz abzustellen, während ihrer Einsätze eines zweiten Belegschaftsmitglieds als formeller Zweitkraft bedient. Im Verlauf der Fallbearbeitung, in der Phase mit Krankenhausbett, hat sie jenen der Angehörigen ursprünglich angekündigten Plan, ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz abzustellen, zwar umgesetzt, ist aber während der eigenen Einsätze unterschiedlich verfahren: sie hat die Angehörige als informelle Zweitkraft mal eingebunden, mal ausgegrenzt.
- Den Ausführungen der Pflegekraft kann ferner entnommen werden: Die Angehörige ist gefordert gewesen, sich auf zwei Belegschaftsmitglieder und deren unterschiedliche Verfahrensweisen einzustellen. Während die Krankenschwester sich der Angehörigen im Verlauf der Einsätze nur unregelmäßig als informeller Zweitkraft bedient hat, hat die Krankenpflegehelferin die Angehörige im Verlauf der Einsätze regelmäßig als informelle Zweitkraft genutzt. Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat weder die Einheitlichkeit des Verfahrens hergestellt, noch hat sie der Angehörigen die Uneinheitlichkeit des Verfahrens kommunikativ erläutert.

#### 2.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat im Rahmen der **Fehlerarbeit** die Aufmerksamkeit auf den Auftrag konzentriert, bedingt Pflege zu leisten.<sup>1271</sup> Sie hat in Prozessen der Bedarfsbestimmung an der **Vermeidung eigener Deutungsfehler** gearbeitet: Sie hat sich bemüht, Fehleinschätzungen des (formellen) Pflegebedarfs zu vermeiden. Sie hat kontinuierlich Daten gesammelt und vergleichend ausgewertet. Sie hat medizinische **Dokumente** (ärztliche Verordnung) gesichtet, sich aber nicht auf die Sichtung medizinischer Dokumente beschränkt. Sie hat in Interaktionsprozessen mit Familienmitgliedern und Belegschaftsmitgliedern **verbale Daten** gewonnen. Sie hat in Interaktionsprozessen auch **Beobachtungsdaten** gewonnen: Den Körper der Patientin untersuchend, hat sie etwa Hautveränderungen wahrgenommen. Sie hat folglich nicht nur fremde Kommunikationsleistungen, sondern auch eigene Beobachtungsleistungen in die Bedarfsbestimmung einfließen lassen. Sie weiß: Fehleinschätzungen des (formellen)

---

<sup>1271</sup> siehe Kapitel 2.2.1.2.; Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.



Pflegebedarfs, sowohl die Unterschätzung als auch die Überschätzung des (formellen) Pflegebedarfs, sind zwar jederzeit möglich, sind aber nach Möglichkeit zu vermeiden. Sie weiß auch: Im Zweifelsfall sind die **individuellen Reflexions**prozesse um Prozesse **kollektiver Reflexion** im Netzwerk der Belegschaftsmitglieder zu erweitern.<sup>1272</sup>

Anzunehmen ist ferner: Sie hat auch an der **Vermeidung eigener Handlungsfehler** gearbeitet. Sie hat sich bemüht, Fehleinschätzungen des formellen Pflegebedarfs zu vermeiden, um keine Handlungsfehler **in der Pflegearbeit** zu begehen. Sie ist bestrebt gewesen, keine Pflegefehler zu begehen, die sich für die Patientin als folgeschwer erweisen könnten. Sie hat wahrgenommen: Die Patientin erlebt den Vollzug ausgewählter Pflegeleistungen (Betten und Lagern), die zur Gefahrenabwehr (Lungenentzündung, Dekubitusverschlimmerung) bei Bettlägerigkeit fachlich indiziert sind, als schmerzhaft. Sie hat der Patientin Widerstand gegen den Vollzug jener Pflegeleistungen unterstellt. Sie hat die Unterstellung nicht zum Anlass genommen, den Vollzug jener Pflegeleistungen zu unterlassen. Sie hat im Rahmen der Koordinationsarbeit vielmehr versucht, den unterstellten Widerstand zu überwinden und die Patientin zu bewegen, Einwilligung in einen für sie möglicherweise schmerzhaften Vollzug von Pflegeleistungen zu signalisieren.<sup>1273</sup> Die Pflegekraft ist vermutlich auch bestrebt gewesen, mit der Angehörigen interagierend, keine Handlungsfehler **in der Koordinationsarbeit** zu begehen.<sup>1274</sup> Zu unterstellen ist: Mit der Angehörigen interagierend, ist sie bemüht gewesen, **keine falschen Hoffnungen** in Sachen Zielsetzung und Zielerreichung zu wecken, die Qualität der informellen Pflege in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen zu sichern, **keine falschen Anschuldigungen** zu erheben und **keine Wünsche nach formeller Pflege zu nähren**.

- Sie weiß: Wenn sie der pflegenden Angehörigen zu verstehen gibt, dass sie deren „Belastung“<sup>1275</sup> als „extrem“<sup>1276</sup> hoch einschätzt, dann riskiert sie, den Wunsch nach Entlastung durch Pflegeeinsätze zu nähren. Die Vermutung ist naheliegend: Sie hat gewählt, die eigene Bewertung über das Ausmaß der Belastung der Angehörigen als Kommunikationsthema in der Interaktion mit der Angehörigen zu meiden.
- Sie weiß auch: Wenn sie der Angehörigen zu verstehen gibt, sie plant, das formelle Pflegeprogramm entweder in geringerem Umfang oder in stärkerem

---

<sup>1272</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1273</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1274</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3.; Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1275</sup> EPI 2.2: 9.

<sup>1276</sup> ebd.: 7f.

Umfang auszubauen, dann riskiert sie, den Wunsch zu nähren, der Ausbau des formellen Pflegeprogramms möge in stärkerem Umfang erfolgen. Sie hat vermutlich gewählt, die Planungsalternativen als Kommunikationsthema zu meiden.

Sie hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur um Fehlervermeidung bemüht. Sie hat sich nach eigener Darstellung auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Die Pflegekraft lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Fehler, den die familiäre Pflegeperson aus ihrer Sicht in der Pflegearbeit begangen hat:<sup>1277</sup> Die pflegende Angehörige hat es nach Angaben der Pflegekraft wiederholt unterlassen, das pflegebedürftige Familienmitglied in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen regelmäßig zu pflegen. Die Pflegekraft hat auf den Fehler nach eigener Darstellung sowohl im Rahmen der Koordinationsarbeit als auch im Rahmen der Pflegearbeit reagiert. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat, mit der Angehörigen interagierend, die Kommunikation über jenen Fehler gesucht. Sie hat der Angehörigen vorgeworfen, einen Pflegefehler begangen zu haben, hat den Anspruch erhoben, die Angehörige soll die Fortsetzung jenes Pflegefehlers unterlassen, und hat, jenen Anspruch bekräftigend, mit der Angehörigen eine Vereinbarung über die in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen zu leistende informelle Pflege geschlossen. Sie hat nicht nur das formelle Beratungsprogramm, sondern auch das formelle Pflegeprogramm ausgebaut.

#### 2.4.4. Handlungsfolgen

Den Ausführungen der Pflegekraft lässt sich entnehmen: Das private Engagement der Familie und das berufliche Engagement der Pflegekräfte hat sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege kombinieren lassen.<sup>1278</sup> Beide Parteien, Angehörige und Pflegepersonal, haben sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses und an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Angehörige und Pflegepersonal haben die pflegebedürftige Person im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **gemeinsam** unterstützt: einerseits durch ihr Engagement im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, andererseits durch ihr Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Nach Darstellung der Pflegekraft hat die pflegebedürftige Person, informelle und formelle Pflege erhaltend, eine

---

<sup>1277</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1278</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Zustandsverschlechterung erlitten: eine Verschlimmerung des Dekubitus. Die Pflegekraft vertritt die Auffassung: Jene Zustandsverschlechterung lässt sich einerseits als unvermeidbare Komplikation, als Begleiterscheinung eines Sterbeprozesses, andererseits als vermeidbare Komplikation auslegen, als Folgeerscheinung mangelnder informeller Pflege. Die Pflegekraft vertritt nicht die Auffassung: Jene Zustandsverschlechterung lässt sich als Folgeerscheinung mangelnder formeller Pflege deuten. Organisationsstrukturell bedingt hat sich der Pflegebedarf in vergleichsweise geringerem Umfang durch formelle Pflege abdecken lassen. Haben sich Angehörige und Pflegepersonal im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege auch **wechselseitig** unterstützt? Die Pflegekraft ist der Ansicht: Das Pflegepersonal hat einen organisationsstrukturell bedingt begrenzten Beitrag zur **Entlastung der Angehörigen** geleistet. Die familiäre Pflegeperson trägt die Hauptlast im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege.<sup>1279</sup> Das hohe Belastungsniveau, dem pflegende Angehörige im Pflegefall ausgesetzt sind, zählt zur Normalität häuslicher Pflege.<sup>1280</sup> Die Pflegekraft ist vermutlich auch der Ansicht: Die eigene Mehrbelastung wäre teilweise vermeidbar gewesen, hätte die Angehörige es nicht an Unterstützung fehlen lassen. Die Angehörige hätte stärker zur **Entlastung des Pflegepersonals** beitragen können und sollen.<sup>1281</sup>

### 3. Die dritte Episode: Eine Tochter, die nach Ansicht der Pflegefachfachkraft „unheimlich fordernd und resolut ist“

#### 3.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes

Die Seniorin ist in der Erzählzeit tot. Die Krankenschwester berichtet<sup>1282</sup>: Die Seniorin (75 Jahre) sei verwitwet gewesen und habe zwei Kinder gehabt, einen Sohn und eine Tochter. Jene Tochter sei verheiratet gewesen und habe einen erwachsenen Sohn gehabt. Die Seniorin habe alleine in einem Haushalt gelebt. Im Haus, aber in einem separaten Haushalt habe die Tochter mit Ehemann (58 Jahre) gelebt. Deren Sohn sei

<sup>1279</sup> siehe Kapitel 2.2.2.3. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1280</sup> siehe Kapitel 2.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1281</sup> siehe Kapitel 2.2.2.5.1. und Kapitel 2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1282</sup> Bei der dritten Episode handelt es sich um die Episode mit der Kennziffer 139. Der männliche Feldforscher hat zur dritten Episode ein Episodeninterview durchgeführt. Er hat die Krankenschwester (A) im Rahmen eines achtzigminütigen Gesprächs (2.3.1989) befragt. Die Abkürzung für das Episodeninterview lautet: EPI 3. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die dritte Episode zu kennzeichnen, wird auf ein Urteil zurückgegriffen, das die Krankenschwester im Episodeninterview über eine Bedingung auf Seiten des familialen Netzwerkes formuliert hat: Sie bezeichnet die Tochter als „unheimlich fordernd und resolut“ (EPI 3: 13).

unverheiratet gewesen und habe außerhalb des Elternhauses gewohnt<sup>1283</sup>. Die übrigen Familienmitglieder seien in weit entfernt gelegenen Orten ansässig gewesen<sup>1284 1285</sup>.

## 3.2. Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 3.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 3.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Basierend auf Gesprächen mit der Tochter unterscheidet die Krankenschwester zwischen einer Vorgeschichte im weiteren Sinne und einer Vorgeschichte im engeren Sinne. Die Aufmerksamkeit auf die **Vorgeschichte im weiteren Sinne** lenkend, berichtet die Krankenschwester: Die Tochter habe ihr mitgeteilt, die Seniorin sei „das ganze Leben lang krank gewesen“<sup>1286</sup> und habe sie bereits als Kind und Jugendliche stets die Hausarbeit übernehmen lassen<sup>1287</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Die Seniorin habe sich „das ganze Leben lang gerne bedienen lassen“<sup>1288</sup> und sei „in ihrer Krankheit auch aufgeblüht“<sup>1289</sup>. Die Aufmerksamkeit auf die **Vorgeschichte im engeren Sinne** richtend, erzählt die Krankenschwester: Die an Rheuma und Niereninsuffizienz erkrankte Seniorin sei mit Wasser in der Lunge in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen worden. Die Behandlung sei darauf gerichtet gewesen, sie mit dem Medikament Cortison einzustellen<sup>1290</sup> und eine besondere Nebenwirkung der Cortisonbehandlung zu bearbeiten, nämlich die sich beständig entwickelnde „Hautflächenblutung“<sup>1291</sup>. Zur Bewältigung jener Nebenwirkung habe das Pflegepersonal im Krankenhaus ein besonderes Verfahren gewählt: Die sich am ganzen Körper entwickelnden, flächigen Blutergüsse versorgend, habe es ein atmungsaktives Pflaster eingesetzt. In Folge jener Art der Behandlung jener Nebenwirkung sei es zu Komplikationen gekommen: „Dann hat das unten drunter richtig angefangen zu gären, ist immer schlimmer und immer größer

---

<sup>1283</sup> vgl.: EPI 3: 37, 42f.

<sup>1284</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>1285</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiäre Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation. Angaben zum Alter der Angehörigen sind am Ende des Episodeninterviews nacherhoben worden.

<sup>1286</sup> ebd.: 13.

<sup>1287</sup> vgl.: ebd.: 13, 17.

<sup>1288</sup> ebd.: 5.

<sup>1289</sup> ebd.: 39.

<sup>1290</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>1291</sup> ebd.: 6.

geworden. Dann hat die Tochter denen im Krankenhaus den Marsch geblasen"<sup>1292</sup>. Die Tochter sei der Auffassung gewesen, das zuständige Krankenhauspersonal habe einen **Fehler** bei der Bearbeitung jener Nebenwirkung begangen. Den unterstellten Fehler bearbeitend, habe die Tochter den Krankenschwestern in Bezug auf die zu wählende Verfahrensweise „immer Anweisung“<sup>1293</sup> erteilt.

Die Krankenschwester berichtet: Während des mehrmonatigen Krankenhausaufenthaltes<sup>1294</sup> seien nach Auskunft der Tochter keine mobilisierenden Maßnahmen durchgeführt worden<sup>1295</sup>. Die Tochter habe die Auffassung vertreten, es sei ein **Fehler** des Krankenhauspersonals gewesen, es unterlassen zu haben, den Körper der Patientin zu mobilisieren. Die Krankenschwester betont: Sie persönlich habe sich der Ansicht der Tochter nicht angeschlossen<sup>1296</sup>. Die Krankenschwester vermutet: Eine Mobilisation ist infolge erneut einsetzender Rheumaschübe und/oder infolge fehlender Mitarbeit der Patientin unterlassen worden<sup>1297</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Während des mehrmonatigen Krankenhausaufenthaltes sei auf Seiten der Patientin eine weitergehende Verschlechterung der ohnehin beeinträchtigten Bewegungsfähigkeit eingetreten<sup>1298</sup>.

Nach Auskunft der Krankenschwester ist versäumt worden, die an den ambulanten Pflegedienst gerichtete **Bitte um formelle Unterstützung** rechtzeitig zu formulieren. Die Krankenschwester vermutet: Ein **Fehler** in der Kommunikation zwischen Tochter und Krankenhauspersonal hat jenen Verfahrensfehler zur Folge gehabt. Sie erzählt: Das zuständige Krankenhauspersonal habe der Tochter unvermittelt mitgeteilt, dass deren Mutter nach Hause entlassen werde<sup>1299</sup>. Die Tochter habe dem zuständigen Krankenhauspersonal daraufhin erklärt, dass sie sich überfordert fühle, die häusliche Pflege alleine sicherzustellen. Das Gefühl von Überforderung erläuternd, habe sie darauf verwiesen, dass die zur Entlassung anstehende Patientin während des mehrmonatigen Krankenhausaufenthaltes nicht mobilisiert worden sei. Das Krankenhauspersonal habe der Tochter erklärt: „Da kommt dann die Schwester, die hilft Ihnen dann schon“<sup>1300</sup>. Dann habe die Tochter sich vermutlich gedacht, dass das Krankenhauspersonal den ambulanten Pflegedienst verständigen werde. Das Krankenhaus habe die Patientin an einem Freitag entlassen, ohne den ambulanten Pflegedienst verständigt zu haben<sup>1301</sup>.

---

<sup>1292</sup> ebd.: 6.

<sup>1293</sup> ebd.: 7.

<sup>1294</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>1295</sup> vgl.: ebd.: 4, 0.

<sup>1296</sup> vgl.: ebd.: 12f.

<sup>1297</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>1298</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>1299</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>1300</sup> ebd.: 4.

<sup>1301</sup> vgl.: ebd.: 4.

Die Tochter habe die häusliche Pflege in den ersten Tagen nach der Entlassung ohne Beteiligung der Pflegekräfte sichergestellt<sup>1302</sup>. Die Tochter habe ein paar Tage verstreichen lassen, bis sie am Dienstag die Stadtverwaltung kontaktiert habe<sup>1303</sup> und erklärt habe, der ambulante Pflegedienst „müßte [sic.] kommen“<sup>1304</sup>. Jene Bitte um formelle Unterstützung formulierend, habe die Tochter unterstellt: Das Krankenhauspersonal sei aktiv geworden, indem es den ambulanten Pflegedienst verständigt habe, und das Personal des ambulanten Pflegedienstes habe den Fehler begangen, auf jene Aktion des Krankenhauspersonals nicht reagiert zu haben<sup>1305</sup>.

### 3.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuches

Die Krankenschwester berichtet, den **Erstbesuch** absolviert zu haben, nachdem sie erfahren habe, dass die Tochter zwecks Aktivierung des ambulanten Pflegedienstes mit der Stadtverwaltung Kontakt aufgenommen habe: am Dienstag zur Mittagszeit<sup>1306</sup>. Die Krankenschwester rekonstruiert jenes erste Gespräch mit der Tochter als **Streitgespräch**. Die Krankenschwester erzählt: Die Tochter habe sie „erstmal heruntergeputzt“<sup>1307</sup>. Die Tochter habe ihr erklärt, dass ihr keiner bei der häuslichen Pflege der bereits am Freitag entlassenen Mutter geholfen habe: Die Tochter habe sie kritisiert, fehlerhaft gehandelt zu haben. Sie habe sie der unterlassenen Hilfeleistung bezichtigt und habe eine Erklärung verlangt. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe den Vorwurf der Tochter zurückgewiesen. Sie habe erwidert, dass sie erst weiß, dass sie Hilfe leisten soll, seitdem die Tochter selber um Hilfe gebeten habe. Sich auf die Worte des Krankenhauspersonals berufend, habe die Tochter sie der Lüge bezichtigt. Die Tochter habe insistiert, ihr sei aber zugesichert worden, dass die Schwester ihr bei der häuslichen Pflege helfen werde. Die Krankenschwester schildert: Sie habe erstens betont, dass sie nunmehr als Hilfsperson zur Verfügung stehe<sup>1308</sup>. Sie habe die Tochter zweitens belehrt, dass deren Vorstellung falsch sei, die Worte der im Krankenhaus arbeitenden Schwestern würden immer der Wahrheit entsprechen<sup>1309</sup>. Sie habe der Tochter drittens versichert, dass sie beedinen kann, dass ihre Aussage der Wahrheit entspreche und dass sie den Gang „vor den Kadi“<sup>1310</sup> nicht scheue, sollte die Tochter ihr nicht glauben. In der Erzählzeit die ihrerseits in der erzählten Zeit eingeführte Alternative

---

<sup>1302</sup> vgl.: ebd.: 7, 14.

<sup>1303</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1304</sup> ebd.: 14.

<sup>1305</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1306</sup> vgl.: ebd.: 4, 14.

<sup>1307</sup> ebd.: 7.

<sup>1308</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1309</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1310</sup> ebd.: 4.

einer formellen Konfliktbearbeitung begründend, erklärt die Krankenschwester: „weil die gleich so biestig wurde“<sup>1311</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage die Auffassung vertreten: Das Problem fehlender Hilfe ist bewältigt und das zu bewältigende Problem fehlenden Vertrauens in den Wahrheitsgehalt ihrer Aussage über den Prozess der Verständigung des Pflegedienstes basiert auf einer fehlerhaften Deutung der Tochter. Hat die Tochter der Krankenschwester das Vertrauen ausgesprochen? Die Krankenschwester berichtet: Nachdem sie erklärt habe, der gegen sie erhobene Vorwurf unterlassener Hilfeleistung sei unberechtigt, sie habe die zwischenzeitlich fehlende Beteiligung der Pflegekräfte nicht zu verantworten, sei die Tochter „ein bißchen [sic.] ruhiger und friedlicher“<sup>1312</sup> geworden. Der in der Erzählzeit gewählte Komparativ signalisiert, dass die Krankenschwester den sozialen Frieden in der erzählten Zeit als nicht hergestellt, sondern lediglich die Konflikthaftigkeit der Situation als gemindert erlebt hat.

Die Krankenschwester verdeutlicht, in der erzählten Zeit einen ersten Eindruck sowohl über den **Zustand der Patientin**, als auch über den Zustand der Angehörigen gewonnen zu haben. Die Krankenschwester berichtet: Mutter und Tochter seien von vergleichbar untersetzter Statur gewesen. Die Patientin sei eine ein Meter fünfzig große und siebzig Kilo wiegende Person gewesen<sup>1313</sup>. Deren Tochter sei „auch nicht gerade sehr groß und auch ein bißchen [sic.] kompakt“<sup>1314</sup> gewesen. Die Krankenschwester schildert: Sie habe die Patientin bei einem ersten Gespräch als „schwerkrank“<sup>1315</sup> eingeschätzt. Sie habe nicht nur deren Erkrankung, sondern auch deren Bewegungsfähigkeit einer Einschätzung unterzogen. Die eigene Einschätzung habe im Widerspruch zu den Einschätzungen von Mutter und Tochter gestanden. **Einigkeit** habe lediglich in Bezug auf das Faktum einer beeinträchtigten Bewegungsfähigkeit bestanden. **Uneinigkeit** habe in Bezug auf das Ausmaß der Beeinträchtigung geherrscht. Anzunehmen ist: Jene Kontroverse ist in der erzählten Zeit nicht einvernehmlich gelöst worden. Die Tochter hat nach Darstellung der Krankenschwester die Auffassung vertreten: Ihre Mutter ist **in toto** bewegungsunfähig. Die Krankenschwester erzählt: Die Tochter habe berichtet, ihre Mutter sei während des Krankenhausaufenthaltes „gar nicht aus dem Bett herausgeholt“<sup>1316</sup> worden. Die Tochter habe die Meinung vertreten, ihre Mutter sei nach der Entlassung aus dem Krankenhaus außerstande, sich zu bewegen. Die Krankenschwester ist nach eigener Darstellung der Auffassung gewesen: Die Patientin ist **in parte** bewegungsunfähig. Die Patientin kann sich wegen des Rheumas

---

<sup>1311</sup> ebd.: 4.

<sup>1312</sup> ebd.: 7.

<sup>1313</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1314</sup> ebd.: 40.

<sup>1315</sup> ebd.: 29.

<sup>1316</sup> ebd.: 10.

zwar nicht innerhalb der Wohnung fortbewegen<sup>1317</sup>, kann sich aber trotz des Rheumas den Oberkörper selber waschen. Die Krankenschwester erzählt, sie habe erklärt: Wenn der Patientin die Waschschüssel gereicht werde, dann sei sie in einem Ausmaß bewegungsfähig, dass sie sich den Oberkörper selber waschen könne. Die Patientin habe widersprochen. Die Patientin habe berichtet: Sie sei während des Krankenhausaufenthaltes stets komplett gewaschen worden. Die Patientin habe die Meinung vertreten: Sie sei in einem Ausmaß bewegungsunfähig, dass es unrealistisch sei, von ihr Mitarbeit bei der Körperpflege zu verlangen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat die Patientin aufgefordert, das Ausmaß der Bewegungsfähigkeit zu überprüfen, anstatt sich ungeprüft Unfähigkeit zu attestieren. Sie hat den Anspruch erhoben, dass die Patientin die Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Körperpflege beweisen soll und dass sie die Fähigkeit zur Mitarbeit bei der Körperpflege prüfen (lassen) soll. Sie hat die Patientin nach eigener Aussage wissen lassen: „Das wird erst einmal probiert. Kann ich nicht, gibt es nicht“<sup>1318</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist weder zu entnehmen, dass sie an der Richtigkeit der eigenen Einschätzung in Sachen Beweglichkeit gezweifelt hat, noch ist den Ausführungen der Krankenschwester zu entnehmen, dass die Patientin eine Einwilligung in den geforderten Beweglichkeitstest ausgesprochen hat.

Anzunehmen ist: Den **Zustand der Angehörigen** beurteilend, hat die Krankenschwester wahrgenommen, dass die Tochter ein Gefühl von (drohender) Überforderung verspürt hat. Die Krankenschwester schildert: Die Tochter sei nicht nur der Ansicht gewesen, dass ihre Mutter bewegungsunfähig sei, sondern habe angesichts der Bewegungsunfähigkeit der korpulenten Mutter auch die Meinung vertreten, sie selber könnte deren Pflege und Mobilisation nicht bewerkstelligen<sup>1319</sup>. Sie habe sich nicht getraut, ihre Mutter alleine aus dem Bett zu heben. Sie habe befürchtet, beim Heben Fehler zu begehen: „Wenn ich nachher was verkehrt mache, ich möchte das nicht“<sup>1320</sup>.

Hat die Krankenschwester beim Erstbesuch Vorstellungen über **Ziele** entwickelt? Sie berichtet nicht, beim Erstbesuch dafür plädiert zu haben, alternativ zu dem niedrigen Bett ein Krankenhausbett als ein der Arbeitserleichterung dienendes technisches Hilfsmittel einzuführen<sup>1321</sup>. Denkbar ist: Sie hat eine relative Mobilisierung der Patientin nicht als definitiv unrealistisch verworfen. Die Aufmerksamkeit auf die beim ersten Gespräch zu bewerkstelligende Verständigung über die **Aufgaben** und deren **Verteilung** auf Personen lenkend, erzählt die Krankenschwester: Die Tochter habe gebeten, dass die

---

<sup>1317</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1318</sup> ebd.: 10.

<sup>1319</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1320</sup> ebd.: 29.

<sup>1321</sup> vgl.: ebd.: 9.



Pflegekräfte das Waschen<sup>1322</sup> sowie das „Eincremen“<sup>1323</sup> zu übernehmen und dass sie probieren, die Patientin „ein bißchen [sic.] zu mobilisieren“<sup>1324</sup>. Die Tochter habe mitgeteilt, dass sie selber die anderweitig anfallenden Hilfeleistungen erbringen werde<sup>1325</sup>. Die Krankenschwester erwähnt zwar: Es sei abgesprochen worden, dass die Tochter in der Zeit zwischen den Einsätzen des Personals ausgewählte Pflegeleistungen übernehmen werde. Die Krankenschwester erwähnt jedoch nicht: Es sei vereinbart worden, dass die Tochter in der Zeit während der Einsätze des Personals Hilfestellung leisten werde<sup>1326</sup>. Aus Sicht der Krankenschwester ist es bei der Verteilung der Aufgaben auf die Arbeitszeit der Pflegekräfte zu **Konflikten** mit der Tochter gekommen. Die Krankenschwester rekonstruiert im Rahmen einer ersten Erzählung einen Konflikt um die Anzahl der **Einsatztage pro Woche**: Auf welche Weise soll die Pflege am Wochenende sichergestellt werden? Sie rekonstruiert im Rahmen einer zweiten Erzählung einen Konflikt um die Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag**: Auf welche Weise soll die Pflege an den regulären Arbeitstagen des Personals, d.h. von montags bis freitags, sichergestellt werden? Wie lassen sich jene Konflikte, basierend auf den seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **zusammenfassend** darstellen?

- Wie soll nach Ansicht der Krankenschwester bei der **Bedarfsbearbeitung** verfahren werden? Sie hat nach eigener Aussage entschieden, der Tochter den Vorrang bei der Sicherstellung der Pflege am Wochenende einzuräumen und die Pflege am Wochenende aus dem formellen Pflegeprogramm auszuklammern<sup>1327</sup>. Sie hat nach eigener Auskunft ferner entschieden, an den verbleibenden Wochentagen ein dem Normalfall entsprechendes formelles Pflegeprogramm zu absolvieren.
- Wie hat die Krankenschwester den **Bedarf an formeller Pflege** eingeschätzt? Sie verdeutlicht, den Bedarf an formeller Pflege bestimmend, zwischen der Zeit des Wochenendes und der Zeit der verbleibenden Wochentage unterschieden zu haben. Sie ist nach eigener Darstellung der Auffassung gewesen: Im Rahmen der Sicherstellung der Pflege am Wochenende besteht kein Bedarf an formeller Pflege. Im Rahmen der Sicherstellung der Pflege an den verbleibenden Wochentagen besteht kein gesteigerter Bedarf an formeller Pflege<sup>1328</sup>.

---

<sup>1322</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>1323</sup> ebd.: 23.

<sup>1324</sup> ebd.: 22, 29.

<sup>1325</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>1326</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>1327</sup> vgl.: ebd.: 21f.

<sup>1328</sup> vgl.: ebd.: 15.

- Hat die Krankenschwester auf Seiten der Tochter den **Wunsch nach formeller Pflege** wahrgenommen? Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat hinsichtlich der Sicherstellung der häuslichen Pflege am Wochenende den Wunsch nach formeller Pflege registriert<sup>1329</sup>. Anzunehmen ist ferner: Hinsichtlich der Sicherstellung der häuslichen Pflege an den verbleibenden Wochentagen hat die Krankenschwester den Wunsch nach gesteigerter formeller Pflege erkannt<sup>1330</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, jeweils entschieden zu haben, jene Wünsche nicht zu erfüllen<sup>1331</sup>.
- Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester, mit der Tochter kommunizierend, beide Entscheidungen erläutert: die Entscheidung, die Pflege am Wochenende aus dem formellen Pflegeprogramm auszuklammern<sup>1332</sup>, und die Entscheidung, an den verbleibenden Wochentagen ein dem Normalfall entsprechendes formelles Pflegeprogramm zu absolvieren<sup>1333</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung, jene **Erläuterungen** anbietend, Aufklärung über Verfahrensregeln geleistet<sup>1334</sup>.
- Die Krankenschwester hat vermutlich verdeutlicht: Sie ist als Pflegekraft des gemeindlichen Pflegedienstes nicht verpflichtet, Wünsche nach Pflege zu befriedigen. Sie ist als Pflegekraft des gemeindlichen Pflegedienstes bedingt verpflichtet, Bedarf an Pflege zu bearbeiten. Wenn sie den manifesten Wunsch nach formeller Pflege wahrnimmt und Bedarf an formeller Pflege anerkennt, dann besteht für sie die Verpflichtung, im Rahmen fachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten<sup>1335</sup>.

Wie stellen sich jene Konflikte, basierend auf den seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **im Detail** betrachtet dar? Die Aufmerksamkeit auf Prozess und Resultat der Auseinandersetzung um die Anzahl der **Einsatztage pro Woche** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Die Tochter habe angenommen, dass die Pflegekräfte auch den Wochenenddienst übernehmen<sup>1336</sup>. Die Tochter habe unterstellt,

---

<sup>1329</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1330</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>1331</sup> vgl.: ebd.: 15, 21f.

<sup>1332</sup> vgl.: ebd.: 21f.

<sup>1333</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>1334</sup> vgl.: ebd.: 15, 21f.

<sup>1335</sup> vgl.: ebd.: 15, 21f.

<sup>1336</sup> vgl.: ebd.: 21.

dass in der ambulanten Pflege Wochenenddienst wie in der Krankenhauspflege geleistet werde<sup>1337</sup>, und sie habe jener Unterstellung Ausdruck verliehen<sup>1338</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe die Tochter belehrt, deren Vorstellung von einer unterschiedslos organisierten ambulanten wie stationären Krankenpflege sei falsch. Sie habe die Tochter über die Regel für einen Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt. Sie habe erklärt: Am Wochenende sei das Personal des ambulanten Pflegedienstes nur gehalten, die Notfallversorgung sicherzustellen, weil an diesen Tagen nur eine Person einsatzbereit sei<sup>1339</sup>. Sie habe die Übernahme des Wochenenddienstes als im Einzelfall nicht notwendig abgelehnt. Die Ablehnung begründend, habe sie der Tochter mitgeteilt, dass die personellen Ressourcen des ambulanten Pflegedienstes begrenzt seien und dass sie selber die Patientin als nicht dermaßen pflegebedürftig definiere, dass Wochenenddienst indiziert sei<sup>1340</sup>. Sie habe angenommen: Da die Tochter in der auf den „Freitag, Samstag, Sonntag, Montag und Dienstag“<sup>1341</sup> begrenzten Vergangenheit unter Beweis gestellt habe, fähig zu sein, selbständig Pflege zu leisten, werde sie in einer auf die Wochenenden begrenzten Zukunft gleichfalls fähig sein, selbständig zu pflegen<sup>1342</sup>. Anzunehmen ist: Die Tochter hat der Entscheidung, die Pflege am Wochenende aus dem formellen Pflegeprogramm auszuklammern, nicht zugestimmt. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Tochter in der Folgezeit wiederholt die Bereitschaft der Pflegekräfte erkundet, im Einzelfall Wochenenddienst zu leisten<sup>1343</sup>.

Die Aufmerksamkeit auf Prozess und Resultat der Auseinandersetzung um die Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag** richtend, erzählt die Krankenschwester: Die Tochter habe sie gebeten, die Pflegekräfte mögen zweimal am Tag Einsätze absolvieren, um das Waschen zu übernehmen. Die Krankenschwester schildert: Sie habe es abgelehnt, die Bitte der Tochter zu erfüllen. Die Ablehnung erläuternd, habe sie die Tochter über die Regel zur Anzahl von Personaleinsätzen aufgeklärt. Sie habe der Tochter erklärt: „Unsere Patienten werden alle nur einmal am Tag gewaschen, es sei denn, sie sind sehr schwer krank, dass das notwendig ist“<sup>1344</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist nicht zu entnehmen, dass die Tochter ihre Einwilligung in den Plan ausgesprochen hat, dass die Pflegekräfte einen Einsatz pro Arbeitstag absolvieren.

---

<sup>1337</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>1338</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1339</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>1340</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1341</sup> ebd.: 21f.

<sup>1342</sup> vgl.: ebd.: 21, 22.

<sup>1343</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1344</sup> ebd.: 15.

In Bezug auf den **Beginn** des morgendlichen Pflegeeinsatzes hat es nach Auskunft der Krankenschwester keinen Konflikt mit der Tochter gegeben. Die Krankenschwester schildert: Die Tochter habe erklärt, die Übernahme des Dienstes sei für sie der entscheidende Punkt, nicht der Zeitpunkt des Dienstbeginns. Sie habe nicht die Bitte geäußert, dass die Pflegekräfte bei der Entscheidung über den Dienstbeginn auf das Alltagsleben des familialen Netzwerkes Rücksicht nehmen. Die Krankenschwester betont in der Erzählzeit: Die umgekehrte Situation, in der die Pflegekräfte gebeten werden, den Dienstbeginn dem Alltagsleben anzupassen, sei „immer ein bißchen [sic.] schwierig“<sup>1345</sup> zu bearbeiten.

### 3.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 3.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext

Die Krankenschwester berichtet: Die im Haus lebende Tochter habe stets als Kontaktperson fungiert<sup>1346</sup>. Die Gelegenheit, einen Kontakt von Angesicht zu Angesicht herzustellen, hat sich vermutlich zu Beginn, am Ende und im Verlauf eines Pflegeeinsatzes ergeben. Die Krankenschwester benutzt die **Resoltheit**, mit der Angehörige und Pflegekräfte in Interaktionen auftreten, als Beurteilungskriterium. Sie ist sich bewusst: Unterschiede in der Resoltheit des Auftretens bestehen nicht nur auf Seiten der Angehörigen, sondern auch auf Seiten des Pflegepersonals. Sie bezeichnet nicht sich, sondern jene Angehörige, die sie im Einzelfall kennengelernt hat, als resolut. Sie erklärt: Sie habe jene Angehörige als „unheimlich fordernd und resolut“<sup>1347</sup> erlebt. Sie erklärt ferner: Sie sei als Pflegekraft eher in Ausnahmefällen gefordert, mit Angehörigen zu kommunizieren, die „ein bißchen [sic.] robust“<sup>1348</sup> auftreten. Die Krankenschwester weiß: Interaktionen zwischen Pflegekraft und Angehörigen sind konfliktanfällig, nicht nur im Falle der Resoltheit von Angehörigen<sup>1349</sup>, sondern auch im Falle der Konflikthaftigkeit von Familienbeziehungen<sup>1350</sup>.

---

<sup>1345</sup> ebd.: 48.

<sup>1346</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>1347</sup> ebd.: 13.

<sup>1348</sup> ebd.: 46.

<sup>1349</sup> vgl.: ebd.: 18, 26, 40, 48.

<sup>1350</sup> vgl.: ebd.: 13, 20f.

### 3.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen

Nach Aussage der Krankenschwester hat eine erneute Krankenhausbehandlung und ein im Krankenhaus eingetretener Tod der häuslichen Pflege ein Ende gesetzt<sup>1351</sup>. Wie beschreibt und beurteilt die Krankenschwester den „Zustand“<sup>1352</sup> der Patientin und dessen Entwicklung **im häuslichen Kontext**? Die Krankenschwester teilt mit: Die Patientin sei korpulent gewesen<sup>1353</sup>. Sie sei nicht nur „ein Leben lang krank“<sup>1354</sup> gewesen, sondern sei auch „schwerkrank“<sup>1355</sup> gewesen. Die Krankenschwester macht auf diverse körperliche Erkrankungen, auf körperliche Beschwerden und Beeinträchtigungen aufmerksam. Sie verweist auf Rheuma<sup>1356</sup> und „wirklich schwere Rheumaschmerzen“<sup>1357</sup>, auf „Herzbeschwerden“<sup>1358</sup> und „Herzrasen“<sup>1359</sup>, auf „Niereninsuffizienz“<sup>1360</sup> und auf eine wiederholte Ansammlung von „Wasser in der Lunge“<sup>1361</sup>. Sie berichtet: Am Körper der Patientin seien Schwellungen<sup>1362</sup>, Wunden und „Wundränder“<sup>1363</sup> zu sehen gewesen. Auch sei „eine kleine Stelle am Po“<sup>1364</sup> zu erkennen gewesen. Der Körper sei von „Hautflächenblutung“<sup>1365</sup>, „Blutschwämmchen“<sup>1366</sup> und „Blutergüssen“<sup>1367</sup> gezeichnet gewesen. Die Krankenschwester betrachtet zwar die körperliche Verfassung der Patientin, nicht aber deren seelische Verfassung als beeinträchtigt<sup>1368</sup>.

Die Krankenschwester erklärt, einen sich im Verlaufe der Zeit verändernden Zustand wahrgenommen zu haben. Die Krankenschwester rekonstruiert eine im häuslichen Kontext einsetzende **Phase der Zustandsverbesserung**. Sie berichtet: Der Zustand der Patientin habe sich während der kurzen Verweilzeit im häuslichen Kontext „etwas gebessert“<sup>1369</sup>. Die geleistete Pflege habe Erfolge gezeitigt<sup>1370</sup>. Es habe sich

---

<sup>1351</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>1352</sup> ebd.: 45; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1353</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1354</sup> ebd.: 13.

<sup>1355</sup> ebd.: 29.

<sup>1356</sup> vgl.: ebd.: 1, 10.

<sup>1357</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1358</sup> ebd.: 2.

<sup>1359</sup> ebd.: 30.

<sup>1360</sup> ebd.: 10.

<sup>1361</sup> ebd.: 2.

<sup>1362</sup> vgl.: ebd.: 1, 2.

<sup>1363</sup> ebd.: 6, 7.

<sup>1364</sup> ebd.: 25.

<sup>1365</sup> ebd.: 6.

<sup>1366</sup> ebd.: 12.

<sup>1367</sup> ebd.: 42.

<sup>1368</sup> vgl.: ebd.: 28, 39, 41, 42.

<sup>1369</sup> ebd.: 45.

<sup>1370</sup> vgl.: ebd.: 46.

Wundheilung erzielen<sup>1371</sup> und relative Bewegungsfähigkeit wiederherstellen lassen. Nachdem die Patientin in der Anfangszeit überwiegend im Bett gelegen habe<sup>1372</sup>, habe sie in der Nachfolgezeit das Bett verlassen<sup>1373</sup> und sich im Zimmer fortbewegen können<sup>1374</sup>. Die Krankenschwester rekonstruiert ferner eine im häuslichen Kontext beginnende **Phase der Zustandsverschlechterung**. Sie verweist auf gesundheitliche Probleme der Patientin: auf das Herzrasen und auf das sich ansammelnde Wasser in der Lunge. Sie vermutet einen sachlichen Zusammenhang zwischen jenen gesundheitlichen Problemen<sup>1375</sup>. Die (Beteiligung an der) Wahrnehmung und Bearbeitung jener gesundheitlichen Probleme stellt eine sich an pflegerisches und ärztliches Handeln richtende Anforderung dar. Das „**Herzrasen**“<sup>1376</sup> ist nach Auskunft der Krankenschwester ein Problem gewesen, das sich anfangs hat wahrnehmen lassen: am Körper der Patientin. Es ist nach Aussage der Krankenschwester mittels einer veränderten Dosierung der Herztablette bearbeitet worden. Nach Angaben der Krankenschwester ist in der Folgezeit der Eindruck einer Besserung entstanden: „Da war das dann besser“<sup>1377</sup>. Jener in der Folgezeit entstandene Eindruck einer Zustandsverbesserung ist nach Ansicht der Krankenschwester möglicherweise trügerisch gewesen. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe die Vermutung, jener „Herzkasper“<sup>1378</sup> habe mit der Mobilisation der Patientin zusammengehangen, und sie vermute, jener Herzkasper sei „der erste Vorbote“<sup>1379</sup> gewesen. Herzbeschwerden seien als Folgeerscheinung einer Ansammlung von Wasser in der Lunge interpretierbar. Das sich ansammelnde „**Wasser in der Lunge**“<sup>1380</sup> ist nach Darstellung der Krankenschwester ein Problem gewesen, das sich, am Körper der Patientin wahrnehmbar, im häuslichen Kontext zu verschärfen beginnt und im Krankenhaus mit dem Tod der Patientin endet. Die im häuslichen Kontext beobachtbare Zustandsentwicklung auf Seiten der Patientin rekonstruierend, bespricht die Krankenschwester Prozesse der Zustandsbeurteilung. Jene Prozesse der Zustandsbeurteilung besprechend, präsentiert die Krankenschwester sich als Pflegekraft, die den Zustand der Patientin beurteilt hat<sup>1381</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht:

---

<sup>1371</sup> vgl.: ebd.: 24, 26.

<sup>1372</sup> vgl.: ebd.: 8, 11, 35.

<sup>1373</sup> vgl.: ebd.: 11, 22.

<sup>1374</sup> vgl.: ebd.: 12, 22f, 45.

<sup>1375</sup> vgl.: ebd.: 3, 31f.

<sup>1376</sup> ebd.: 30; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1377</sup> ebd.: 31.

<sup>1378</sup> ebd.: 31.

<sup>1379</sup> ebd.: 32.

<sup>1380</sup> ebd.: 2; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1381</sup> vgl.: ebd.: 45.

- In Prozessen der Zustandsbeurteilung werden nicht nur Zielsetzungsprozesse, sondern auch Prozesse der Bedarfsbestimmung und Bedarfsbearbeitung gebahnt. Deutungen sind fehleranfällig. Fehler auf Deutungsebene können Fehler auf Handlungsebene zur Folge haben. **Fehleinschätzungen** können für einen Patienten folgenscher sein<sup>1382</sup>. Für den Patienten folgenschwere Fehleinschätzungen gilt es zu vermeiden. Niemand ist allerdings davor gefeit, sich zu irren, und irrtümlicherweise eine (für den Patienten folgenschwere) Fehleinschätzung zu entwickeln: weder Laien, noch Experten in Sachen Pflege und Behandlung<sup>1383</sup>.
- Im Falle einer (für einen Patienten folgenschweren) Fehleinschätzung sowie im Falle des Verdachts auf eine (für einen Patienten folgenschwere) Fehleinschätzung stellt sich die Frage nach der **Verantwortung** für den Fehler und die Fehlerfolgen<sup>1384</sup>. Die Krankenschwester befürchtet: Sie begeht eine Fehleinschätzung, die für einen Patienten, dessen Pflege und Behandlung folgenscher ist. Sie befürchtet ferner: Sie wird berechtigterweise oder unberechtigterweise dafür verantwortlich gemacht, eine für einen Patienten, dessen Pflege und Behandlung folgenschwere Fehleinschätzung begangen zu haben<sup>1385</sup>.

Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf den **Pflegeprozess**. Sie ist nach eigener Aussage gefordert gewesen, die körperliche Beweglichkeit der rheumakranken Patientin zu beurteilen. Befindet sich die rheumakranke Patientin nicht nur in einem Zustand der (partiellen) Bewegungsfähigkeit, sondern auch in einem Zustand der Bewegungsbereitschaft? Zentraler Bezugspunkt der Beurteilung ist nach Darstellung der Krankenschwester die Verrichtung einer besonderen Alltagsaktivität gewesen: die Körperpflege. Besteht auf Seiten der rheumakranken Patientin die Fähigkeit und Bereitschaft, die Körperpflege (partiell) selbständig zu verrichten? Jener Deutungsprozess ist nach Darstellung der Krankenschwester fehlerhaft gewesen. Die Krankenschwester bespricht den Deutungsfehler und die Fehlerfolgen. Sie gewährt Einblick in den Prozess der Wahrnehmung und Bearbeitung jenes Deutungsfehlers.

---

<sup>1382</sup> vgl.: ebd.: 2, 31f.

<sup>1383</sup> vgl.: ebd.: 1f, 30 ff.

<sup>1384</sup> vgl.: ebd.: 30f.

<sup>1385</sup> vgl.: ebd.: 1f, 31.

- Die Krankenschwester hat vermutlich befürchtet, die körperliche Beweglichkeit der Patientin falsch einzuschätzen. Überschätzung und Unterschätzung der körperlichen Beweglichkeit sind denkbare Fehler. Überschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege im Falle einer Unterschätzung der körperlichen Beweglichkeit und Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege im Falle einer Überschätzung der körperlichen Beweglichkeit sind denkbare Fehlerfolgen<sup>1386</sup>.
- Die Krankenschwester verdeutlicht, die körperliche Beweglichkeit der Patientin unterschätzt zu haben, den Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege überschätzt und die Patientin im Prozess der Gewährung von Hilfe bei der Körperpflege unterfordert zu haben. Die Krankenschwester macht deutlich: Der Fehler bei der Bedarfsbestimmung hat sich als Fehler bei der Bedarfsbearbeitung niedergeschlagen<sup>1387</sup>.
- Nach eigener Auskunft ist die Krankenschwester sich der Möglichkeit jener Fehleinschätzung und der möglichen Folgen jener Fehleinschätzung im Prozess der Kommunikation mit der Krankenpflegehelferin bewusst geworden. Sie hat nach eigener Aussage ein Prüfverfahren eingeleitet und hat auf der Basis der Verfahrensergebnisse die eigene Sicht- und Handlungsweise korrigiert<sup>1388</sup>.
- Die Krankenschwester ist der Auffassung: Sie hat zwar einen Fehler gemacht. Jener Fehler ist aber für die Patientin und deren Pflege nicht folgenschwer gewesen. Die Beweglichkeit der Patientin unterschätzend und den Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege überschätzend, hat sie die Patientin im Pflegeprozess zwar unterfordert, hat aber deren Bedürfnis nach körperlicher Hygiene befriedigt und deren Wunsch nach formeller Pflege erfüllt<sup>1389</sup>.

Die Krankenschwester richtet das Augenmerk auf den **Behandlungsprozess**. Sie nimmt auf jene im häuslichen Kontext beginnende Phase der Zustandsverschlechterung Bezug, in der sich jene gesundheitlichen Probleme der Patientin bemerkbar gemacht haben: das Herzrasen und das sich ansammelnde Wasser in der Lunge. Sie rekonstruiert Prozesse der (eigenen Beteiligung an der) Wahrnehmung und Bearbeitung jener gesundheitlichen

---

<sup>1386</sup> vgl.: ebd.: 18, 20.

<sup>1387</sup> vgl.: 5f, 8, 20.

<sup>1388</sup> vgl.: ebd.: 5f, 18.

<sup>1389</sup> vgl.: ebd.: 5f.



Probleme. Sie hat sich nach eigenen Angaben gefordert gesehen, am Körper der rheuma-, herz- und nierenkranken Patientin wahrnehmbare Symptome zu deuten: fahles Gesicht, Kaltschweißigkeit, erhöhter Puls, Schwellungen am Körper. Befindet sich die rheuma-, herz- und nierenkranke Patientin in einem Zustand, der eine ärztliche Intervention erforderlich macht? Ist es folglich angezeigt, den Hausarzt zu verständigen? Die Krankenschwester verweist auf (mögliche) Deutungsfehler und auf (mögliche) Fehlerfolgen. Sie gewährt Einblick in Prozesse der Wahrnehmung und Bearbeitung jener (möglichen) Deutungsfehler.

- Mit Bezug auf das „**Herzrasen**“<sup>1390</sup> vertritt die Krankenschwester die Auffassung: Sie selber hat keinen Fehler begangen. Sie hat den Zustand der Patientin als Zustand bewertet, der einer ärztlichen Intervention bedarf, und hat um eine Intervention des Hausarztes gebeten. Sie unterstellt, die Dringlichkeit der Intervention verdeutlicht zu haben. Sie vermutet: Die Sprechstundenhelferin hat einen Fehler begangen, der für die Patientin hätte folgenschwer sein können. Sie nimmt an: Die Sprechstundenhelferin hat das Interventionsgesuch falsch gedeutet und falsch bearbeitet. Sie vermutet: Die Sprechstundenhelferin hat den ärztlichen Interventionsbedarf unterschätzt. Die Intervention des Hausarztes hat nach Auskunft der Krankenschwester neunzig Minuten auf sich warten lassen. Sie betrachtet jene neunzigminütige Wartezeit als Fehlerfolge. Sie verdeutlicht erstens, jene Fehlerfolge durch Beaufsichtigung der Patientin bearbeitet zu haben, um ihrerseits keinen für die Patientin möglicherweise folgenschweren Fehler zu begehen. Sie verdeutlicht zweitens, sich im Gespräch mit dem Hausarzt als Pflegekraft präsentiert zu haben, die keinen für die Patientin folgenschweren Fehler zu verantworten hat<sup>1391</sup>. Die Krankenschwester schließt die Möglichkeit einer Fehleinschätzung des Hausarztes nicht aus<sup>1392</sup>: Wären die Herzbeschwerden als Folgeerscheinung einer Ansammlung von Wasser in der Lunge zu interpretieren gewesen<sup>1393</sup>?
- Bezogen auf das sich ansammelnde „**Wasser in der Lunge**“<sup>1394</sup> vertritt die Krankenschwester die Auffassung: Schwellungen am Körper der Patientin deutend, hat sie versehentlich einen Fehler begangen, den es generell zu vermeiden gilt. Sie hat den Zustand der Patientin irrtümlicherweise als Zustand

<sup>1390</sup> ebd.: 30; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1391</sup> vgl.: ebd.: 30ff.

<sup>1392</sup> vgl.: ebd.: 31f.

<sup>1393</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1394</sup> ebd.: 2; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

bewertet, der keiner ärztlichen Intervention bedarf<sup>1395</sup>. Sie vertritt des Weiteren die Auffassung: Es wäre unzulässig, den in der Folgezeit eingetretenen Tod der Patientin als Fehlerfolge zu definieren und sie für den in der Folgezeit eingetretenen Tod der Patientin verantwortlich zu machen. Das Problem der Verantwortung für Fehler und Fehlerfolgen bearbeitend, rekonstruiert sie ihren Fehler als Fehler, der aus Versehen geschehen ist und sich einer allgemein menschlichen Unzulänglichkeit verdankt. Ferner rekonstruiert sie die Intervention des Hausarztes als Vorgang, der zwar nicht auf ihre Veranlassung, aber zeitnah auf ihren versehentlichen Fehler erfolgt ist und mit der Entscheidung für eine Krankenhausbehandlung endet<sup>1396</sup>. Zudem rekonstruiert sie Sterben und Tod der Patientin als im Krankenhaus einsetzende Prozesse<sup>1397</sup> und verweist auf die Möglichkeit, dass der Hausarzt, den „Herzkasper“<sup>1398</sup> deutend und bearbeitend, einen für die Patientin folgenschweren Fehler begangen hat<sup>1399</sup>.

- Die Deutung und Bearbeitung der Herzbeschwerden sowie die Deutung und Bearbeitung der Ansammlung von Wasser in der Lunge rekonstruierend<sup>1400</sup>, richtet die Krankenschwester die Aufmerksamkeit einerseits auf die Beteiligung von Experten wie Hausarzt, Pflegekraft und Sprechstundenhelferin, deren deutungs- und handlungsleitendes Wissen auf einer beruflichen Ausbildung basiert, andererseits auf die Beteiligung von Laien wie Angehörigen. Sie verweist auf die Möglichkeit, jederzeit versehentlich Fehler zu begehen<sup>1401</sup>, auf die Möglichkeit, jederzeit zu Unrecht eines Fehlers verdächtigt zu werden, auf die Möglichkeit, über Fehler zu kommunizieren, und auf die Möglichkeit, einer Kommunikation über Fehler auszuweichen<sup>1402</sup>. Sie verweist ferner sowohl auf die Begrenztheit der Möglichkeiten eines Engagements der in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte<sup>1403</sup>, als auch auf die Begrenztheit der Möglichkeiten eines Engagements familialer Netzwerke. Sie verdeutlicht: Die Existenz eines familialen Netzwerkes bietet keine Gewähr dafür, dass sich bedrohliche Zustände auf Seiten eines Patienten im häuslichen Kontext bewältigen lassen. Es ist nicht

---

<sup>1395</sup> vgl.: ebd.: 1f.

<sup>1396</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1397</sup> vgl.: ebd.: 1, 3, 34.

<sup>1398</sup> ebd.: 31.

<sup>1399</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>1400</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1401</sup> vgl.: ebd.: 1f.

<sup>1402</sup> vgl.: ebd.: 31f.

<sup>1403</sup> vgl.: ebd.: 30.

gewährleistet, dass Mitglieder des familialen Netzwerkes sich im Rahmen der Problemwahrnehmung und Problembearbeitung fehlerfrei beteiligen<sup>1404</sup>.

Wie ist der Prozess der Deutung und Bearbeitung der „**Herzbeschwerden**“<sup>1405</sup>, **im Detail** betrachtet, verlaufen? Die Krankenschwester betont: Das Problem mit dem Herzrasen habe sich beobachten lassen<sup>1406</sup>, nachdem sie erstens ihrer Verantwortung als Pflegefachkraft gemäß mit dem Hausarzt Rücksprache gehalten habe, um zu klären, ob Bedenken gegen die geplante Mobilisation der Patientin bestehen und nachdem sie zweitens mit Einwilligung des Hausarztes begonnen habe, die Patientin zu mobilisieren<sup>1407</sup>. Die Krankenschwester betont ferner: Sie sei es gewesen, die jenes Problem während eines Pflegeeinsatzes beobachtet habe. Sie sei es auch gewesen, die sich im Rahmen jenes Pflegeeinsatzes maßgeblich an der Problembearbeitung beteiligt habe. Sie habe im Rahmen jenes Pflegeeinsatzes ihrer Verantwortung als Pflegefachkraft gemäß gehandelt.

Jenen **Pflegeeinsatz** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Sie sei "an einem Freitag" zum Pflegeeinsatz erschienen<sup>1408</sup>. Die Tochter, die kaum Gelegenheit gehabt habe, „mit einem ruhigeren Gewissen“<sup>1409</sup> einzukaufen, habe jene sich bietende Gelegenheit genutzt, Besorgungen zu machen. Sie habe versichert, gleich wieder verfügbar zu sein. Die Aufmerksamkeit auf die **Problemwahrnehmung** und **Problemdeutung** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe die auf der Bettkante sitzende Patientin gewaschen. Auf einmal sei die Patientin „ganz käseweiß und kaltschweißig“<sup>1410</sup> geworden. Sie habe die Patientin untersucht: Sie habe Puls und Blutdruck gemessen<sup>1411</sup>. Sie habe „Herzrasen“<sup>1412</sup> festgestellt. Sie habe der Patientin gegenüber die eigene Besorgnis zum Ausdruck gebracht: „Sie gefallen mir aber überhaupt nicht“<sup>1413</sup>. Die Aufmerksamkeit auf die **Problembearbeitung** richtend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe erstens die Sprechstundenhelferin gebeten, den Hausarzt zu verständigen, dass sie um seinen Hausbesuch bitte. Sie habe jene Bitte erläutert. Sie habe erklärt, dass die Patientin erneutes Herzrasen habe. Sie habe ferner erklärt, dass sie deren Zustand als besorgniserregend einschätze und eine Intervention des Hausarztes für geboten halte. „Der muss ihr eine Spritze geben, das geht so nicht

---

<sup>1404</sup> vgl.: ebd.: 30f, 33.

<sup>1405</sup> ebd.: 2; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1406</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>1407</sup> vgl.: ebd.: 23f.

<sup>1408</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>1409</sup> ebd.: 43.

<sup>1410</sup> ebd.: 30.

<sup>1411</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>1412</sup> ebd.: 30.

<sup>1413</sup> ebd.: 31.

weiter."<sup>1414</sup> Sie habe die Zusicherung erhalten, dass der Hausarzt verständigt werde. Sie habe zweitens versucht, die Tochter zu verständigen. Sie habe den Plan verfolgt, die Tochter Aufsicht leisten zu lassen. Jener Plan, der Tochter den Vorrang bei der Beaufsichtigung der Patientin einzuräumen, sei nicht persönlich, sondern strukturell bedingt gewesen: da sie den Dienstplan einhalten muss<sup>1415</sup>. Der Plan, die Tochter Aufsicht leisten zu lassen, habe sich allerdings nicht realisieren lassen: Die Tochter sei „aufgehalten worden“<sup>1416</sup> und habe folglich nicht zur Verfügung gestanden, um Aufsicht zu leisten<sup>1417</sup>. Da der Plan, die Tochter Aufsicht leisten zu lassen, nicht realisierbar gewesen sei, habe sie sich veranlasst gesehen, den Dienstplan zu verändern, um selber Aufsicht zu leisten<sup>1418</sup>. Die Patientin mangels einer personellen Alternative selber beaufsichtigend, habe sie anderthalb Stunden sowohl auf das Eintreffen der Tochter, als auch auf das Eintreffen des Hausarztes gewartet<sup>1419</sup>. Sie habe während jener Wartezeit erlebt, dass sich der Zustand der Patientin verbessert habe<sup>1420</sup>. Der Hausarzt habe in ihrem Beisein diagnostiziert, dass der Zustand „wieder in Ordnung“<sup>1421</sup> war. Er habe eine Veränderung der medikamentösen Behandlung veranlasst<sup>1422</sup>. Er habe einer Fortsetzung der Mobilisation nicht widersprochen. Er habe vielmehr geraten, die Mobilisation ein wenig fortzusetzen<sup>1423</sup>.

Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat jenen Hausbesuch des Hausarztes zu Zwecken einer Fallbesprechung genutzt. Sie hat im Rahmen jener Fallbesprechung betont, ihrer Verantwortung als Pflegefachkraft gemäß gehandelt zu haben. Jene **Fallbesprechung** mit dem Hausarzt rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe den Hausarzt kritisiert, dass er sie lange habe warten lassen. Nachdem der Hausarzt ihr erklärt habe, seine Sprechstundenhelferin habe ihn vor kurzem verständigt, habe sie ihn aufgefordert, dann jene Hilfskraft für einen Fehler zur Verantwortung zu ziehen<sup>1424</sup>, der für die Patientin schwerwiegende Folgen hätte haben können. Den Fehler der Hilfskraft betonend, habe sie erstens erklärt: Sie selber habe vor anderthalb Stunden um einen Hausbesuch des Hausarztes gebeten und wenn sie als Pflegefachkraft um einen Hausbesuch des Hausarztes bitte, dann ist der Zustand des Patienten als kritisch einzuschätzen. Den Fehler der Hilfskraft betonend, habe sie zweitens erklärt: Sie als Pflegefachkraft weiß im Unterschied zu einem Laien den

---

<sup>1414</sup> ebd.: 31.

<sup>1415</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>1416</sup> ebd.: 31.

<sup>1417</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>1418</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>1419</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>1420</sup> vgl.: 30, 32.

<sup>1421</sup> ebd.: 31.

<sup>1422</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>1423</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>1424</sup> vgl.: ebd.: 30.

Zustand eines Patienten zu beurteilen, vermag bedrohliche Zustände von nicht bedrohlichen Zuständen zu unterscheiden und bitte „nicht aus Jux und Dollerei“<sup>1425</sup> um einen Hausbesuch des Hausarztes, sondern wenn ein Zustand bedrohlich ist. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe die Tochter nachträglich über jene Herzbeschwerden und über den Prozess der Bearbeitung jener Komplikation verständigt<sup>1426</sup>.

Wie ist der Prozess der Deutung und Bearbeitung der Ansammlung von „**Wasser in der Lunge**“<sup>1427</sup>, **im Detail** betrachtet, verlaufen? Die Krankenschwester rekonstruiert den Verlauf jener Pflegeeinsätze, die sie nach eigener Aussage an den letzten beiden Tagen absolviert hat, die die Patientin im häuslichen Kontext verlebt hat. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage **beim vorletzten Pflegeeinsatz** versehentlich eine Fehleinschätzung begangen, die sich ihr jedoch erst in der Folgezeit enthüllt hat. Die Krankenschwester nimmt auf ein Problem Bezug, das sich am Körper der Patientin hat beobachten lassen. Die Aufmerksamkeit auf die **Problemwahrnehmung** und **Problemdeutung** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe in der erzählten Zeit jenes vorletzten Pflegeeinsatzes Schwellungen am Körper der Patientin wahrgenommen. Die rechte Hand der Patientin<sup>1428</sup>, deren Glieder sowie deren Knie<sup>1429</sup> seien „geschwollen“<sup>1430</sup> gewesen. Die Patientin selber habe über Schmerzen geklagt und habe Rheuma als Erklärung für die beobachteten Symptome angeboten<sup>1431</sup>. Die Krankenschwester schildert: Sie habe „nicht geschaltet“<sup>1432</sup>. Sie habe „gedacht: Das kommt von ihrer Lunge, weil sie auch Wasser in der Lunge hat und dann hat sie auch Herzbeschwerden“<sup>1433</sup>. Sie habe die Deutung, die am Körper der Patientin wahrnehmbaren Schwellungen seien Folgeerscheinungen von Wasser in der Lunge und Herzbeschwerden, zwar in Erwägung gezogen, aber verworfen. Sie habe sich stattdessen für die falsche Deutung entschieden und die Schwellungen als Folgeerscheinungen von Rheuma ausgelegt<sup>1434</sup>. Jenes Ausschlussverfahren rekonstruierend, erklärt die Krankenschwester: Erstens habe die Patientin Rheuma und bei Rheumakranken seien zeitweise Schwellungen am Körper wahrnehmbar<sup>1435</sup>. Zweitens habe die Patientin über Schmerzen geklagt. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage Rheuma als plausible Erklärung sowohl für die wahrgenommenen

---

<sup>1425</sup> ebd.: 31.

<sup>1426</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>1427</sup> ebd.: 2; Hervorhebung im Original.

<sup>1428</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>1429</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1430</sup> ebd.: 1.

<sup>1431</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>1432</sup> ebd.: 1f.

<sup>1433</sup> ebd.: 2.

<sup>1434</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1435</sup> vgl.: ebd.: 1.

Schmerzen, als auch für die am Körper der Patientin wahrgenommenen Schwellungen betrachtet, so dass sie jene Schwellungen im Kontext der Klage über Schmerzen als Anzeichen für einen rheumatischen Krankheitsprozess interpretiert hat. Die Aufmerksamkeit auf die **Problembearbeitung** richtend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe Rheumasalbe eingesetzt, um der Patientin „ein bißchen [sic.] Linderung“<sup>1436</sup> zu verschaffen. Die Krankenschwester hat sich vermutlich nicht veranlasst gesehen, eigens die Tochter und den Hausarzt zu verständigen.

Die Krankenschwester schildert: **Beim letzten Pflegeeinsatz** habe die Tochter sie erstens verständigt, der Hausarzt habe einen Hausbesuch durchgeführt und habe erklärt, der Zustand der Patientin verschlimmere sich, bedingt durch das Wasser in der Lunge, so dass er eine ambulante Behandlung nicht länger verantworten könne, sondern eine Krankenhausbehandlung einleiten müsse<sup>1437</sup>. Die Tochter habe zweitens berichtet: Der Hausarzt habe die besondere Eignung der Krankenhausorganisation betont, jenen bedrohlichen Zustand der Patientin zu beherrschen. Er habe erklärt: Um die Cortisonmenge zu erhöhen, muss ein Patient unter ständiger Beobachtung bleiben, denn Komplikationen seien nicht auszuschließen<sup>1438</sup>. Eine derartige Maßnahme zu Hause durchzuführen, sei zu gefährlich, denn im Kontext der Häuslichkeit sei weder die indizierte Beobachtung<sup>1439</sup>, noch die ärztliche Notfallbehandlung gewährleistet<sup>1440</sup>. Man würde nämlich als Angehöriger unter Umständen „einkaufen gehen“<sup>1441</sup> und ein Hausarzt ist im Notfall „nicht schnell genug griffbereit“<sup>1442</sup>. Drittens habe die Tochter berichtet: „Heute stehe kein Bett zur Verfügung“<sup>1443</sup>. Die Behandlung könne am folgenden Tag beginnen<sup>1444</sup>. Jenem dritten Berichtsteil sei zu entnehmen gewesen, dass der Hausarzt keine Notfallbehandlung im Krankenhaus veranlasst habe, sondern sich entschieden habe, es sei verantwortbar, den Beginn der Krankenhausbehandlung zu planen. Der Bericht der Tochter habe sie „stutzig“<sup>1445</sup> gemacht. Die Krankenschwester hat möglicherweise befürchtet, über jene versehentlich begangene Fehleinschätzung informiert, macht die Tochter „Theater“<sup>1446</sup> und droht, sie für Fehlerfolgen verantwortlich zu machen. Einen Konflikt befürchtend, hat die Krankenschwester es möglicherweise

---

<sup>1436</sup> ebd.: 2.

<sup>1437</sup> ebd.: 2.

<sup>1438</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1439</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>1440</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1441</sup> ebd.: 33.

<sup>1442</sup> ebd.: 2.

<sup>1443</sup> ebd.: 1.

<sup>1444</sup> vgl.: ebd.: 1, 2.

<sup>1445</sup> ebd.: 1.

<sup>1446</sup> ebd.: 24.

unterlassen, die Tochter über jene irrtümlicherweise begangene Fehleinschätzung zu informieren<sup>1447</sup>.

Unter Bezugnahme auf jene letzten Pflegeeinsätze erklärt die Krankenschwester: Sie habe die Patientin im häuslichen Kontext „noch in einem einigermaßen guten Zustand erlebt“<sup>1448</sup>, obwohl deren Zustand bereits im Begriff gewesen sei, sich zu verschlechtern. Im Krankenhaus habe sich der Zustand der Patientin dann massiv verschlechtert. Die Krankenschwester sieht eine **Zustandsverschlechterung** massiven Ausmaßes mit der Zeit „**im Krankenhaus**“<sup>1449</sup> assoziiert. Sie berichtet: Die mit Wasser in der Lunge erneut ins Krankenhaus überwiesene Patientin sei während eines Zeitraumes von anderthalb Wochen im Krankenhaus behandelt worden<sup>1450</sup> und sei „im Krankenhaus gestorben“<sup>1451</sup>. Um deren Zustand sei es während der im Krankenhaus verbrachten „letzten Tage sehr schlimm bestellt gewesen“<sup>1452</sup>. Im Krankenhaus habe sich deren Zustand derart verschlechtert, dass sie innerhalb eines Tages gestorben sei<sup>1453</sup>. Die Krankenschwester verweist nicht nur auf den im Krankenhaus eingetretenen Tod, sondern auch auf einen im Krankenhaus beginnenden Sterbeprozess<sup>1454</sup>. Sie betont, weder mit dem im Krankenhaus eingetretenen Tod, noch mit dem im Krankenhaus einsetzenden Sterbeprozess gerechnet zu haben<sup>1455</sup>. Sie vermutet: Die Patientin „hatte in der Nacht vor ihrem Tod wieder Herzschwäche und eine vermehrte Wasseransammlung in der Lunge, was alles abgedrückt hat“<sup>1456</sup>.

Welchen Eindruck hat die Krankenschwester im Verlaufe der Zeit über den **Zustand der Tochter** und über den **Zustand der familiären Beziehungen** gewonnen? Sie stellt in der Erzählzeit weder die mit der Verrichtung ausgewählter Pflegeleistungen einhergehende körperliche Belastung der Tochter in Frage, noch stellt sie die seelische Belastung der Tochter in Abrede<sup>1457</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Tochter nicht „beim Antrittsbesuch“<sup>1458</sup>, sondern erst vier Wochen nach Dienstantritt<sup>1459</sup> das Gespräch mit ihr gesucht, um sie sowohl über den eigenen Zustand<sup>1460</sup>, als auch über den Zustand der familiären Beziehungen zu verständigen<sup>1461</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Die Tochter habe den Anspruch gehegt, ihre Mutter soll sich

---

<sup>1447</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>1448</sup> ebd.: 1.

<sup>1449</sup> ebd.: 1, 3; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1450</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>1451</sup> ebd.: 1.

<sup>1452</sup> ebd.: 34.

<sup>1453</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>1454</sup> vgl.: ebd.: 1, 3.

<sup>1455</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>1456</sup> ebd.: 33

<sup>1457</sup> vgl.: ebd.: 17f, 27, 39.

<sup>1458</sup> ebd.: 20f.

<sup>1459</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1460</sup> vgl.: ebd.: 18, 41.

<sup>1461</sup> vgl.: ebd.: 13, 17f, 27, 39f.

etwas stärker an der Alltagsbewältigung im Allgemeinen und an der Körperpflege im Besonderen beteiligen<sup>1462</sup>. Die Mutter habe jenen Anspruch verletzt<sup>1463</sup>. Sie habe es sich nicht erst im Alter zur Angewohnheit gemacht, Krankheit und Alltag in einer zu Lasten der Tochter gehenden Weise zu bewältigen<sup>1464</sup>. Jene Angewohnheit der Mutter, Krankheit und Alltag in einer zu Lasten der Tochter gehenden Weise zu bearbeiten, habe auf Seiten der Tochter das Gefühl von Belastung erzeugt. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Die Tochter empfindet die fehlende Selbsthilfe der Mutter als belastend<sup>1465</sup>. Die Tochter fühlt sich nach Ansicht der Krankenschwester durch die häusliche Pflege „angespannt“<sup>1466</sup> und „angebunden“<sup>1467</sup>.

Denkbar ist: Die Krankenschwester hat auf Seiten der Tochter bestehende Bedürfnisse nach Erholung und Selbstverwirklichung nicht eigens erfragt, sondern hat ausgehend von den Erzählungen und Berichten der Tochter auf Belastungen und auf Verletzungen jener Bedürfnisse geschlossen. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester ist sich auf Basis der Erzählungen und Berichte der Tochter des zwischen Mutter und Tochter bestehenden Konfliktes und der (denkbaren) Folgen jenes Konfliktes für die eigenen Interaktionen mit den Konfliktparteien bewusst geworden<sup>1468</sup>. Anzunehmen ist ferner: Die Krankenschwester hat auf Basis der Erzählungen und Berichte der Tochter den Eindruck gewonnen, dass zwischen den Eheleuten ein Konflikt besteht. Die Krankenschwester erzählt: Der Ehemann "wollte" zusammen mit seiner Ehefrau an einer Familienfeier teilnehmen. Eine Teilnahme beider Eheleute hätte vorausgesetzt, dass der Ehefrau eine Hilfskraft zur Verfügung gestanden hätte, welche die häusliche Pflege alternativ hätte sicherstellen können. Die Ehefrau habe dem Ehemann in Ermangelung einer derartigen personellen Alternative vorgeschlagen, sie bleibe bei der Mutter und er nehme alleine an der Familienfeier teil. Der Ehemann habe sich mit jenem Vorschlag nicht einverstanden erklärt. Er habe seiner Ehefrau vorgehalten: „Sie würde sich ganz zurückziehen und sie wollte wohl nichts mehr mit ihm unternehmen“<sup>1469</sup>. Der Ehemann hat nach Darstellung der Krankenschwester den Wunsch nach einem gemeinsamen Privatleben mit seiner Ehefrau erkennen lassen und hat die seitens der Ehefrau erwogene und praktizierte Unterordnung des gemeinsamen Privatlebens unter die Erfordernisse der häuslichen Pflege beklagt. Nach Darstellung der Krankenschwester hat die Tochter trotz der mit der häuslichen Pflege verbundenen Belastungen und familiären Konflikte weder die

---

<sup>1462</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>1463</sup> vgl.: ebd.: 5, 13f, 17f, 37.

<sup>1464</sup> vgl.: ebd.: 13, 17, 39f.

<sup>1465</sup> vgl.: ebd.: 17f.

<sup>1466</sup> ebd.: 39.

<sup>1467</sup> ebd.: 27.

<sup>1468</sup> vgl.: ebd.: 13, 21.

<sup>1469</sup> ebd.: 27.



Bereitschaft zur Fortsetzung der häuslichen Pflege aufgekündigt, noch hat sie die Unterordnung des Privatlebens unter die Anforderungen der häuslichen Pflege aufgekündigt<sup>1470</sup>.

### 3.2.2.3. Die Formulierung von Zielsetzungen

Nach Aussage der Krankenschwester haben die Pflegekräfte sich im Verlaufe der Zeit verständigt, sie versuchen, **die zu pflegende Person** „auf die Beine zu bekommen, daß [sic.] sie noch ein bißchen [sic.] was macht, daß [sic.] sie ihre Glieder noch ein bißchen [sic.] bewegt“<sup>1471</sup>. Die Krankenschwester gibt zu verstehen: Die Pflegekräfte haben sich einerseits das Ziel gesetzt, relative körperliche Beweglichkeit, relative Selbständigkeit bei der Verrichtung der Körperpflege im Besonderen und relative Selbständigkeit bei ausgewählten Aktivitäten der Alltagsbewältigung im Allgemeinen wiederherzustellen. Die Pflegekräfte sind sich andererseits bewusst gewesen, dass sie die Zielerreichung nicht garantieren können. Zwischen Krankenschwester und Tochter ist nach Auskunft der Krankenschwester ein Konflikt um die Wahl einer realistischen Zielsetzung entbrannt. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat wahrgenommen, dass **keine Einigkeit geherrscht** hat, und hat sich bemüht, **Einigkeit herzustellen**. Die Krankenschwester erzählt, die Tochter habe ihr erklärt: „Die Mutter muß [sic.] wieder aus dem Bett aufstehen und muß [sic.] sich wieder in den Sessel setzen können“<sup>1472</sup>. Die Tochter hat nach Aussage der Krankenschwester die Hoffnung gehegt, dass relative körperliche Beweglichkeit und relative Selbständigkeit bei ausgewählten Aktivitäten der Alltagsbewältigung wiederherstellbar ist<sup>1473</sup>. Die Krankenschwester hat sich nach eigener Darstellung mit der Forderung der Tochter konfrontiert gesehen, dass die Pflegekräfte auf Seiten der zu pflegenden Person jene erhoffte relative körperliche Beweglichkeit und jene erhoffte relative Selbständigkeit bei ausgewählten Aktivitäten der Alltagsbewältigung wiederherstellen: „Machen Sie mal schön!“<sup>1474</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner, sie habe der Tochter erklärt: Wenn deren Mutter sich im Krankenhaus nicht bewegt habe, dann seien keine Wunder erwartbar. Die Krankenschwester hat die Tochter nach eigenen Angaben vor einer unrealistischen Zielsetzung gewarnt. Mit der Warnung vor einer unrealistischen Zielformulierung hat die Krankenschwester in der erzählten Zeit eine erste Vorkehrung für die Nachfolgezeit getroffen: Gesetzt, die Hoffnung der Tochter wird in der Zukunft enttäuscht, ist in der

---

<sup>1470</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>1471</sup> ebd.: 32.

<sup>1472</sup> ebd.: 10.

<sup>1473</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>1474</sup> ebd.: 10f.

Gegenwart mit dem Hinweis auf eine unrealistische Zielsetzung eine Deutung vorbereitet, die darauf gerichtet ist, eine Deutung als Fehler. d.h. als Verletzung von Sorgfaltspflicht, abzuwehren. Die Krankenschwester erzählt des Weiteren, sie habe der Tochter zugesichert: Sie versuche, an einer Wiederherstellung relativer körperlicher Beweglichkeit und relativer Selbständigkeit bei ausgewählten Aktivitäten der Alltagsbewältigung zu arbeiten. Die Krankenschwester hat der Tochter nach eigener Darstellung zu verstehen gegeben, dass sie zwar an der Zielerreichung arbeitet, dass sie aber keine Garantie dafür übernimmt, dass es gelingt, das Ziel zu erreichen. Hat die Krankenschwester erklärt, keine Garantie für die Zielerreichung zu übernehmen, hat sie eine zweite Vorkehrung für die Nachfolgezeit getroffen: Sie vermeidet eine Festlegung, an der sie gemessen werden könnte<sup>1475</sup>. Die Tochter hat vermutlich die Einwilligung in den Versuch ausgesprochen, die körperliche Beweglichkeit ihrer Mutter zu verbessern<sup>1476</sup>.

Die Krankenschwester verdeutlicht in der Erzählzeit, dass sich das Ziel, auf Seiten einer zu pflegenden Person relative körperliche Beweglichkeit und relative Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung wiederherzustellen, bedingt mit dem Ziel vereinbaren lässt, **den pflegenden Personen** Entlastung zu verschaffen. Sie erklärt: Wenn sich auf Seiten einer zu pflegenden Person relative Beweglichkeit wiederherstellen lässt, dann wird den pflegenden Personen die Pflege erleichtert<sup>1477</sup>. In der Antwort auf die Frage nach einem im Verlaufe der Zeit entwickelten Hauptziel bleibt die Entlastung der pflegenden Parteien unerwähnt<sup>1478</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht gleichwohl das Bestreben, Belastungen der Angehörigen zu mindern: sei es durch persönliche Hilfestellung<sup>1479</sup>, sei es durch Pflegehilfsmittel<sup>1480</sup>. Minderung gegenwärtiger Belastungen lässt sich als Möglichkeit betrachten, künftige Belastbarkeit zu wahren. Belastungen des familialen Netzwerkes in einer Phase, in der die zu pflegende Person nicht extrem pflegebedürftig ist<sup>1481</sup>, können die Möglichkeit mindern, das familiale Netzwerk in einer Phase extrem hohen Pflegebedarfs zu mobilisieren. Entfällt die Möglichkeit, extrem hohen Pflegebedarf vorrangig durch das familiale Netzwerk bewältigen zu lassen, ist die Sicherstellung der häuslichen Pflege gefährdet.

Am Beispiel der Pflege am Wochenende verdeutlicht die Krankenschwester, sich der Gegensätzlichkeit der pflegenden Parteien bewusst zu sein: Entlastung der Angehörigen

---

<sup>1475</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1476</sup> vgl.: ebd.: 22, 29.

<sup>1477</sup> vgl.: ebd.: 10, 19.

<sup>1478</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>1479</sup> vgl.: ebd.: 40f.

<sup>1480</sup> vgl.: ebd.: 8f.

<sup>1481</sup> vgl.: ebd.: 21.

kann Mehrbelastung der Pflegekräfte bedeuten<sup>1482</sup>. Deutlich wird das Bestreben der Krankenschwester, nach Möglichkeit eigene Belastungen zu senken<sup>1483</sup> und einen Anstieg eigener Belastungen zu vermeiden<sup>1484</sup>. Die Krankenschwester zeigt sich bestrebt, Konflikte und mit Konflikten einhergehende eigene Belastungen zu vermeiden. Die in der Anfangszeit erlebte Interaktion und Kommunikation mit der Angehörigen hat vermutlich die Befürchtung der Krankenschwester genährt, mit jener Angehörigen in Konflikt zu geraten. Die Krankenschwester erklärt, sich bereits in der Anfangszeit vorgenommen zu haben: „Mit der willst Du kein Theater haben“<sup>1485</sup>. Zu vermuten ist: Die im Verlaufe der Zeit durch Kommunikation mit jener Angehörigen gewonnene Einsicht der Krankenschwester, häusliche Pflege im Kontext einer konfliktträchtigen Familienbeziehung zu leisten, hat auf Seiten der Krankenschwester die Befürchtung entstehen lassen, einerseits den Konflikt **zwischen** den Familienmitgliedern zu schüren und andererseits den Konflikt **mit** den Familienmitgliedern zu entfachen. Sie schildert: Sie habe am Anfang den Fehler begangen, die zu pflegende Person bei der Verrichtung der Körperpflege zu unterfordern<sup>1486</sup>. Sie habe jenen Fehler korrigiert und anschließend habe die Tochter ihr Einblicke in die familiäre Beziehungsgeschichte gewährt<sup>1487</sup>. Jenen Fehler erläuternd, verweist die Krankenschwester auf die Möglichkeit einer **unbewussten Parteinahme**. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe „am Anfang wahrscheinlich mehr unbewußt [sic.] Partei für die zu pflegende Person ergriffen und habe die anderen nicht so wahrgenommen“<sup>1488</sup>. Für sie als Pflegefachkraft verkörpere die zu pflegende Person „immer die Hauptperson“<sup>1489</sup>. Die Krankenschwester betont: Die Folgen jener Enthüllungen über die familiäre Beziehungsgeschichte seien lediglich kognitiver Art gewesen<sup>1490</sup>. Sie sei sich erstens bewusst geworden: Die Angehörige habe die Hoffnung gehabt, dass die Pflegekräfte die zu pflegende Person auffordern, bei der Pflege des Körpers mitzuarbeiten, da die Angehörige die Forderung nach Selbstbeteiligung der zu pflegenden Person nicht habe durchsetzen können<sup>1491</sup>. Sie sei sich zweitens bewusst geworden: Sie habe die Hoffnung der Angehörigen enttäuscht, als sie den Fehler gemacht habe, die zu pflegenden Person zu unterfordern<sup>1492</sup>. Die

---

<sup>1482</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1483</sup> vgl.: ebd.: 39, 41.

<sup>1484</sup> vgl.: ebd.: 5, 21.

<sup>1485</sup> ebd.: 24.

<sup>1486</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1487</sup> vgl.: ebd.: 18f.

<sup>1488</sup> ebd.: 20.

<sup>1489</sup> ebd.: 21.

<sup>1490</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>1491</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>1492</sup> vgl.: ebd.: 20.

Krankenschwester erklärt: Sie habe sich in der Folgezeit jeder **bewussten Parteinahme** zugunsten der Angehörigen enthalten<sup>1493</sup>.

#### 3.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensum

Prozesse der Bedarfsbestimmung sind Deutungsprozesse. Auf die Fehleranfälligkeit von Bedarfsdefinitionen verweisend, erklärt die Krankenschwester erstens: Schwellungen am Körper der Patientin deutend, habe sie den ärztlichen Interventionsbedarf versehentlich unterschätzt. Auf die Fehleranfälligkeit von Bedarfsdefinitionen verweisend, erklärt die Krankenschwester zweitens: Die körperliche Beweglichkeit der Patientin beurteilend, habe sie den Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege anfänglich irrtümlicherweise überschätzt. Die Krankenschwester verdeutlicht: Den Bedarf an Pflege zu bestimmen, ist zwar die Aufgabe einer Pflegekraft. Aber jede Pflegekraft kann jederzeit im Prozess der Aufgabenerledigung aus **Versehen** einen **Fehler** machen. Die Krankenschwester bietet eine detaillierte Rekonstruktion des Prozesses der Aufgabenerledigung an. Die Krankenschwester erzählt: Nachdem die Krankenpflegehelferin der Tochter erklärt habe, dass deren Mutter fähig sei, sich selber zu waschen, habe die Tochter auf deren Erkrankung hingewiesen. Sie habe auf die Möglichkeit einer krankheitsbedingten Einschränkung der Beweglichkeit und damit verbunden auf die Möglichkeit eines Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege verwiesen. Die Krankenpflegehelferin habe erwidert: Die Patientin habe „zehn gesunde Finger“<sup>1494</sup> und sei fähig, sich Gesicht und Arme selber zu waschen. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Krankenpflegehelferin es abgelehnt, die Erkrankung der Patientin als Argument für körperliche Unbeweglichkeit und als Argument für Unfähigkeit zur Selbsthilfe bei der Körperpflege anzuerkennen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Fähigkeit zu selbständigem Waschen sowohl des Oberkörpers als auch des Unterkörpers unterstellend, hat die Krankenpflegehelferin Bedarf an Pflege negiert. Die Fähigkeit zu selbständigem Waschen ausgewählter Partien des Oberkörpers unterstellend, hat die Krankenpflegehelferin Bedarf an Pflege anerkannt<sup>1495</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Auch sie habe die körperliche Beweglichkeit der Patientin eingeschätzt. Auch sie habe, deren Fähigkeit zu selbständigem Waschen beurteilend, zwischen Ober- und Unterkörper differenziert. Sie habe anfänglich einen auf den Unterkörper begrenzten Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege anerkannt<sup>1496</sup>. Dennoch habe sie anfänglich die

---

<sup>1493</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>1494</sup> ebd.: 5.

<sup>1495</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1496</sup> vgl.: ebd.: 10.

Körperpflege verrichtet, ohne dass die Seniorin sich an der Verrichtung der Körperpflege beteiligt habe. Sie jene fehlende Selbstbeteiligung erklärend, habe sie sowohl fehlende Bereitschaft<sup>1497</sup>, als auch fehlende Fähigkeit zur Selbstbeteiligung an der Körperpflege vermutet. Sie habe sich die unterstellte Unfähigkeit unter Bezugnahme auf die Krankheit erklärt<sup>1498</sup>. Die Krankenschwester hat in der Anfangszeit vermutlich sowohl eine Überschätzung als auch eine Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen befürchtet<sup>1499</sup>. Die Krankenschwester schildert: Sie sei sich im Rahmen einer Fallbesprechung bewusst geworden, dass das Verfahren der Patientin mit der Person der Pflegekraft variere, dass die Patientin es bei ihren Pflegeeinsätzen regelmäßig an Selbstbeteiligung bei der Körperpflege fehlen lasse, dass sie aber bei Pflegeeinsätzen der Krankenpflegehelferin mit Regelmäßigkeit Selbstbeteiligung bei der Körperpflege erkennen lasse. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat jene systematische Variation im Ausmaß eingesetzter Beweglichkeit als **Indiz** gedeutet, dass es der Patientin weniger an der Fähigkeit, als vielmehr an der Bereitschaft zur Selbsthilfe bei der Körperpflege fehlt<sup>1500</sup>. Zu vermuten ist: Jene Fallbesprechung hat unter ausschließlicher Beteiligung der Pflegekräfte stattgefunden. Die Krankenschwester verdeutlicht, sich nicht mit einem Indiz begnügt, sondern einen **Beweis** gesucht zu haben. Sie berichtet: Sie habe sich im Anschluss an jene Fallbesprechung im Rahmen eines Pflegeeinsatzes von der Fähigkeit der Patientin überzeugt, sich an der Körperpflege zu beteiligen. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat sich zu Zwecken eines Prüfverfahrens bei einem ihrer Pflegeeinsätze von der Krankenpflegehelferin begleiten lassen<sup>1501</sup>. Jene Prüfung ist unter Ausschluss der Tochter geplant und durchgeführt worden<sup>1502</sup>. Die Krankenschwester betont: Sie habe die Fähigkeit der Patientin, sich an der Körperpflege zu beteiligen, gesehen. Sie habe in der Folge den im Rahmen der Bedarfsbestimmung begangenen Fehler, nämlich die Unterschätzung der körperlichen Beweglichkeit und die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege, sowie den im Rahmen der Bedarfsbearbeitung begangenen Fehler, die Unterforderung der Patientin, korrigiert<sup>1503</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Auf Seiten der Patientin habe sowohl Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln, als auch Bedarf an medizinischer Behandlung, als auch Bedarf an Pflege bestanden<sup>1504</sup>. Die Krankenschwester betont: Wochenends habe kein

---

<sup>1497</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>1498</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1499</sup> vgl.: ebd.: 18, 20.

<sup>1500</sup> vgl.: ebd.: 5f.

<sup>1501</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1502</sup> vgl.: ebd.: 5f.

<sup>1503</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>1504</sup> vgl.: ebd.: 2, 6f, 18, 25, 30ff.

Bedarf an formeller Pflege bestanden<sup>1505</sup>. In der Erzählzeit den auf Seiten der Tochter bestehenden Unterstützungsbedarf spezifizierend, bleibt die Aufmerksamkeit der Krankenschwester auf die Pflege zentriert: Sie räumt erstens Bedarf an Hilfe bei der Verrichtung körperlich schwerer Pflegearbeiten ein<sup>1506</sup>, verweist zweitens auf Bedarf an Pflegeberatung<sup>1507</sup> und schließt drittens Bedarf an Urlaub von der Pflege nicht aus<sup>1508</sup>. Sie lässt allerdings Bedarf an psychologischer Behandlung zur Bewältigung der seelischen Belastung und der familiären Konflikte unerwähnt.

### 3.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben

#### 3.2.2.5.1. Die Pflege

Wie sind die im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege anfallenden Aufgaben auf die Angehörigen und die Pflegekräfte verteilt worden? Die Krankenschwester bemerkt, dass die Erbringung von Pflegeleistungen über die Gesamtheit der für sie wahrnehmbaren Angehörigen ungleich verteilt ist. Das **Engagement der Angehörigen** des familialen Netzwerkes beschreibend, berichtet sie: Unter den Angehörigen habe vorrangig die Tochter Pflegeleistungen erbracht. Am Wochenende habe sie den gesamten Körper der Patientin gewaschen<sup>1509</sup>. An den Tagen, an denen die Pflegekräfte im Einsatz gewesen seien, habe sie ausgewählte Körperteile gewaschen<sup>1510</sup>. Die Tochter habe sich an der Mobilisation<sup>1511</sup> und an der Wundbehandlung beteiligt<sup>1512</sup>. Die Tochter habe keine Unterstützung durch Angehörige erhalten<sup>1513</sup>: Der Ehemann sei berufstätig gewesen<sup>1514</sup>. Der Sohn sei unverheiratet gewesen<sup>1515</sup>. Möglicherweise ist auch der Sohn einer Berufstätigkeit nachgegangen.

Das **Engagement der Pflegekräfte** zeichnet sich, verglichen mit dem Engagement der Angehörigen, durch die Anforderung aus, Unterstützung unter der Bedingung der **Begrenztheit** von Organisationsressourcen zu leisten. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal sei an seinen regulären Arbeitstagen im Einsatz gewesen, von

---

<sup>1505</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1506</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>1507</sup> vgl.: 8f, 11f, 25f, 35.

<sup>1508</sup> vgl.: ebd.: 27, 43.

<sup>1509</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>1510</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>1511</sup> vgl.: ebd.: 34f.

<sup>1512</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1513</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>1514</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>1515</sup> vgl.: ebd.: 27.

montags bis freitags. Es habe regelmäßig einen Einsatz pro Einsatztag durchgeführt<sup>1516</sup>. Es habe mit Regelmäßigkeit Einsätze von einer dreiviertel Stunde Dauer absolviert<sup>1517</sup>. Es habe regulär Einsätze mit einfacher Besetzung geleistet. Es sei normalerweise jeweils ein Belegschaftsmitglied im Wechsel eingesetzt worden<sup>1518</sup>. Es habe sich im Rahmen seiner Einsätze im Wesentlichen auf die Pflege konzentriert. Es habe Körperpflege geleistet<sup>1519</sup>. Es habe sich der Behandlung von körperlichen Schmerzen<sup>1520</sup>, von Wunden, Wundrändern und einer „Stelle am Po“<sup>1521</sup> angenommen. Es habe an der Mobilisation des Körpers gearbeitet<sup>1522</sup>. Die Krankenschwester betont: Abhängig von der Zeit seien am Ende der Pflegeeinsätze noch einige Gehübungen durchgeführt worden. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe zwei Personen rechts und links Hilfestellung leisten lassen, weil die Gehübungen auf diese Weise leichter durchzuführen gewesen seien. Sie habe ein zweites Belegschaftsmitglied als Zweitkraft eingesetzt. Jenes zweite Belegschaftsmitglied habe nach Beendigung seiner Arbeit in einem anderen Fall das im Einzelfall eingesetzte Belegschaftsmitglied abgeholt<sup>1523</sup>. Das Engagement der Pflegekräfte zeichnet sich, verglichen mit dem Engagement der Angehörigen, ferner durch die Anforderung aus, das Engagement im **Einzelfall** mit dem Engagement im **Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen<sup>1524</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Die Übernahme des Einzelfalles habe „nicht extrem mehr Arbeit“<sup>1525</sup> zur Folge gehabt. Die im Bestand der Fälle zu erledigende Arbeit sei unter den Pflegekräften umverteilt worden<sup>1526</sup>, um Arbeitsbedingungen zu schaffen, die sie als günstiger betrachtet habe<sup>1527</sup>. Jene Umverteilung sei problemlos verlaufen<sup>1528</sup>.

Die Aufmerksamkeit der Krankenschwester ist, was die Koordination und Kooperation mit den Mitgliedern des familialen Netzwerkes im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege anbelangt, in der Hauptsache auf die Tochter konzentriert gewesen. Der Prozess der Aufgabenverteilung ist nach Ansicht der Krankenschwester nicht konfliktfrei verlaufen. Die Krankenschwester rekonstruiert den Pflegeprozess einerseits als Prozess der Gewährung diverser **Hilfestellungen**, andererseits als Prozess der **Verrichtung körperlich schwerer Arbeiten**. Wenn körperlich schwere Pflegearbeit zu verrichten ist, dann bedürfen die pflegenden Personen zu Zwecken der

---

<sup>1516</sup> vgl.: ebd.: 5, 15, 21.

<sup>1517</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>1518</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1519</sup> vgl.: ebd.: 1, 4, 6, 41.

<sup>1520</sup> vgl.: ebd.: 2, 6.

<sup>1521</sup> ebd.: 25.

<sup>1522</sup> vgl.: ebd.: 11, 22, 23, 29.

<sup>1523</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1524</sup> vgl.: ebd.: 48f.

<sup>1525</sup> ebd.: 49.

<sup>1526</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>1527</sup> vgl.: ebd.: 49.

<sup>1528</sup> vgl.: ebd.: 48.

Arbeitserleichterung technischer Hilfsmittel und/oder persönlicher Hilfestellung. Nach Darstellung der Krankenschwester ist im Falle der korpulenten und rheumakranken Patientin Hilfe bei der Körperpflege, Hilfe beim Aufrichten im Bett und Hilfe beim Verlassen des Bettes zu leisten gewesen. Nach Angaben der Krankenschwester hat nur für kurze Zeit ein Krankenhausbett zur Verfügung gestanden. Die Aufmerksamkeit auf den Körper der Patientin richtend, bespricht die Krankenschwester die **Körperpflege**. Sie behandelt einerseits das Verfahren in der Zeit während der Einsätze des Pflegepersonals, andererseits das Verfahren in der Zeit zwischen den Einsätzen des Pflegepersonals. Das Verfahren in der Zeit **während** der Einsätze des Pflegepersonals behandelnd, lenkt sie die Aufmerksamkeit auf die eigenen Einsätze. Wie lässt sich das Vorgehen der Krankenschwester **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester rekonstruiert den **ersten Pflegeeinsatz**. Zu vermuten ist: Die technischen Arbeitsbedingungen haben ihr missfallen. Ihr hat nach eigener Aussage kein Hilfsmittel, d.h. kein Krankenhausbett „mit Bettgalgen“<sup>1529</sup>, zur Verfügung gestanden. Die sozialen Arbeitsbedingungen, d.h. ausgewählte Handlungen der Angehörigen, haben ihr vermutlich ebenfalls missfallen. Sie hat die Körperpflege im Falle der in einem niedrigen Bett liegenden, korpulenten, in ihrer Beweglichkeit eingeschränkten, rheumakranken Patientin nach eigenen Angaben alleine verrichtet: in Gegenwart einer Angehörigen, die ihr eine Anleitung für den Vollzug der Körperpflege gegeben hat<sup>1530</sup>.
- Welche Handlungen der Angehörigen hat die Krankenschwester missbilligt? Möglich ist: Der Krankenschwester hat es missfallen, seitens der im Raum anwesenden Tochter beim Vollzug der Körperpflege der in einem niedrigen Bett liegenden, korpulenten, in ihrer Beweglichkeit eingeschränkten, rheumakranken Patientin keine Unterstützung (angeboten) bekommen zu haben<sup>1531</sup>. Möglich ist auch: Der Krankenschwester hat es missfallen, als Person mit Pflegeausbildung von einer Person ohne Pflegeausbildung eine „Anleitung“ für den Vollzug der Körperpflege erhalten zu haben<sup>1532</sup>. Sie hat es in der Interaktion mit der Angehörigen vermutlich unterlassen, verbal Missbilligung zum Ausdruck zu bringen<sup>1533</sup>.

---

<sup>1529</sup> ebd.: 9.

<sup>1530</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1531</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1532</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1533</sup> vgl.: ebd.: 5.



- Wie ist die Krankenschwester in der **Folgezeit** verfahren? Sie erklärt, sich als erstes des Personalwechsels bedient zu haben, um sich eine Auszeit zu verschaffen<sup>1534</sup>. Sie erklärt ferner, den Dienst nach Ablauf der Auszeit fortgesetzt zu haben<sup>1535</sup>. Naheliegend ist die Vermutung: Sie hat in der Folgezeit weiterhin alleine Pflege geleistet, ohne die Angehörige aufgefordert zu haben, ihr behilflich zu sein<sup>1536</sup>. Naheliegend ist auch die Vermutung: Sie hat weiterhin alleine Pflege geleistet, ohne dass ihr dauerhaft ein Krankenhausbett zur Verfügung gestanden hat<sup>1537</sup>.

Wie stellt sich das Vorgehen der Krankenschwester **im Detail** betrachtet dar? Die Aufmerksamkeit auf den **ersten Pflegeeinsatz** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Die rheumakranke, in ihrer Beweglichkeit eingeschränkte, korpulente Patientin habe in einem niedrigen Bett gelegen. Die Angehörige saß und hat gesagt, in welcher Weise die Körperpflege verrichtet werden müsse. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe sich gedacht, sie beuge sich erst einmal widerspruchslos den Forderungen der Angehörigen<sup>1538</sup>. Sie habe die Patientin unter der Anleitung der Angehörigen gewaschen<sup>1539</sup>. Anschließend habe sie das Haus verlassen und „habe gesagt: Also ich kann da nicht mehr hingehen. Also das bedrückt mich so. Mir gefällt das nicht“<sup>1540</sup>. Darauf habe sie die Krankenpflegehelferin im Rahmen einer unterwegs absolvierten ersten **Fallbesprechung** gebeten, ihr den Gefallen zu tun, den Dienst am Folgetag zu übernehmen. Sie habe pausiert<sup>1541</sup> und anschließend habe sie erneut **Pflegeeinsätze** geleistet<sup>1542</sup>. Sie habe die Patientin im Rahmen jener Pflegeeinsätze aktiviert, sich an der Körperpflege zu beteiligen. Sie habe die Hilfe beim Waschen des gesamten Körpers im Prozess der Aktivierung auf Hilfe beim Waschen ausgewählter Körperteile begrenzt<sup>1543</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Die Angehörige habe ihr anfangs nicht nur eine Anleitung in Sachen Körperpflege gegeben<sup>1544</sup>, sondern habe ihr am Anfang auch eine Anweisung in Sachen Wundbehandlung erteilt<sup>1545</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe es als Ärgernis empfunden, dass die Angehörige sie als Pflegefachkraft belehrt

---

<sup>1534</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1535</sup> vgl.: ebd.: 5, 18f, 30.

<sup>1536</sup> vgl.: ebd.: 1, 18f, 30, 41.

<sup>1537</sup> vgl.: ebd.: 9f, 35f.

<sup>1538</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1539</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1540</sup> ebd.: 4.

<sup>1541</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1542</sup> vgl.: ebd.: 5, 18f, 30.

<sup>1543</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>1544</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1545</sup> vgl.: ebd.: 24.

habe<sup>1546</sup> und dass die Angehörige sich von ihr als Pflegefachkraft nicht ohne weiteres habe belehren lassen. Sie habe, jene Verärgerung bearbeitend, Reflexionen über die Begrenztheit des eigenen Arbeitsprozesses angestellt<sup>1547</sup>. Die Krankenschwester hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen es unterlassen, eine Pflegekraft zu belehren. Sie sollen sich stattdessen durch eine Pflegekraft belehren lassen<sup>1548</sup>.

Die Krankenschwester berichtet ferner: Anfangs habe die Angehörige den Anspruch verletzt, sich zu bemühen, das Pflegepersonal zu unterstützen. Die Krankenschwester vermutet: Der Angehörigen habe es in der Anfangszeit nicht an der Fähigkeit, sondern an der Bereitschaft gefehlt, den Pflegekräften Unterstützung zu gewähren. Die Krankenschwester betont: Aber im Verlaufe der Zeit habe die Angehörige begonnen, die Pflegekräfte zu unterstützen<sup>1549</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Am Tag vor Beginn der Krankenhausbehandlung sei ein Duscheinsatz mit doppelter Besetzung absolviert worden. Es seien zwei Belegschaftsmitglieder eingesetzt worden<sup>1550</sup>. Es habe des Einsatzes zweier Hilfskräfte bedurft, um der Patientin beim Einsteigen in die Dusche und beim Aussteigen aus der Dusche behilflich zu sein. Beim Duschen selber sei der Einsatz einer Hilfskraft angezeigt gewesen. Bei künftigen Duscheinsätzen wäre auf Einsätze mit einfacher Belegschaft umgestellt worden. Die Tochter wäre als Zweitkraft eingeplant worden<sup>1551</sup>. Die Krankenschwester hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen einer Pflegekraft während eines Pflegeeinsatzes unter bestimmten Umständen Hilfestellung leisten<sup>1552</sup>.

Die Krankenschwester bespricht den Prozess der Sicherstellung der Körperpflege in der Zeit **zwischen** den Einsätzen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Der im Kontext des Erstbesuches entbrannte **Konflikt um den Wochenenddienst** ist in der Anfangszeit erneut manifest geworden. Die Krankenschwester rekonstruiert den Prozess jener neuerlichen Auseinandersetzung um den Wochenenddienst im Rahmen einer Erzählung. Wie lässt sich jene neuerliche Auseinandersetzung, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen?

- Hinsichtlich der Sicherstellung der Pflege am Wochenende hat die Angehörige nach Aussage der Krankenschwester wiederholt den **Wunsch nach formeller Pflege** erkennen lassen. Die Angehörige hat nach Auskunft der

---

<sup>1546</sup> vgl.: ebd.: 47.

<sup>1547</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>1548</sup> vgl.: ebd.: 47f.

<sup>1549</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>1550</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>1551</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>1552</sup> vgl.: ebd.: 34, 41.

Krankenschwester mit beiden Pflegekräften getrennt kommuniziert. Die Angehörige hat nach Angaben der Krankenschwester versucht zu erkunden: Lässt eine der beiden Pflegekräfte die Bereitschaft erkennen, die Pflege am Wochenende zu übernehmen<sup>1553</sup>?

- Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Angehörige jenen Erkundungsversuch gestartet, obwohl sie bereits im Rahmen des Erstbesuches über die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt worden ist: In der ambulanten Pflege stellt die Übernahme des Wochenenddienstes keine Selbstverständlichkeit dar. Die im Kontext der ambulanten Pflege gefällte Entscheidung, keinen Wochenenddienst zu leisten, ist sachlich begründet, nicht persönlich<sup>1554</sup>.
- Die Angehörige hat nach Aussage der Krankenschwester im Rahmen jenes Erkundungsversuches erlebt: Das Pflegepersonal ist sich einig. Das Pflegepersonal hat nach Aussage der Krankenschwester an der Entscheidung festgehalten, dem familialen Netzwerk den **Vorrang** für die Pflege am Wochenende einzuräumen. Es hat nach Angaben der Krankenschwester festgestellt, wochenends besteht **kein Bedarf an formeller Pflege**<sup>1555</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Beide Pflegekräfte haben der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass sie fordern, dass die Angehörige die Körperpflege am Wochenende sicherstellt. Den Ausführungen der Krankenschwester kann ferner entnommen werden: Beide Pflegekräfte haben der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass sie deren Befürchtung, überfordert zu werden, für unbegründet halten<sup>1556</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Das Pflegepersonal hat keinen Wochenenddienst geleistet. Es hat sich gegen eine Kompromisslösung entschieden, die die Form eines mit der Tochter abwechselnd geleisteten Wochenenddienstes hätte annehmen können. Mit der Entscheidung, das Wochenende aus dem formellen Pflegeprogramm auszuklammern, hat es

---

<sup>1553</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1554</sup> vgl.: ebd.: 21f.

<sup>1555</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1556</sup> vgl.: ebd.: 5.

versucht, eine aus seiner Sicht vermeidbare Mehrbelastung der Pflegekräfte zu vermeiden.

Wie stellt sich jene Auseinandersetzung um den Wochenenddienst, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Wie ist die **Kommunikation zwischen Tochter und Krankenpflegehelferin** verlaufen? Die Krankenschwester erzählt, die Tochter habe der Krankenpflegehelferin „gesagt: Ja, Sie kommen ja am Samstag und Sonntag“<sup>1557</sup>. Die Krankenpflegehelferin habe eine Übernahme des Wochenenddienstes abgelehnt. Die Ablehnung begründend, habe die Krankenpflegehelferin hinzugefügt: Die Tochter sei imstande, Hilfe zu leisten. Deren Mutter sei imstande, sich selber zu waschen. Auf die Erwiderung der Tochter „Sehen Sie denn nicht, dass meine Mutter krank ist“<sup>1558</sup>, habe die Krankenpflegehelferin erstens entgegnet: „Ja, aber sie hat zehn gesunde Finger und kann sich das Gesicht und die Arme selber waschen“<sup>1559</sup>. Sie habe zweitens erklärt: Freitags werde die Patientin durch die Pflegekräfte gründlich gewaschen und am Wochenende übernehme die Tochter deren Pflege. Und wie ist die **Kommunikation zwischen Tochter und Krankenschwester** verlaufen? Die Krankenschwester erzählt, die Tochter habe sie erneut gefragt, ob sie den Wochenenddienst übernehmen werde. Sie habe der Tochter zu verstehen gegeben, sie sehe keine Veranlassung, sich umstimmen zu lassen. Sie habe die Übernahme des Wochenenddienstes vielmehr wiederholt abgelehnt. Die Ablehnung bekräftigend, habe sie hinzugefügt, es sei ausgemacht worden, dass am Wochenende keiner der Pflegekräfte, sondern die Tochter die Pflege leiste. Die Tochter habe erwidert: „Wie soll das nur weitergehen? Sie könnte das nicht“<sup>1560</sup>. Die Erwiderung der Tochter bearbeitend, habe sie der Tochter erklärt: „Moment mal, wir machen das ganz langsam“<sup>1561</sup>.

Die Aufmerksamkeit auf den Körper der Patientin lenkend, bespricht die Krankenschwester nicht nur die körperliche Pflege, sondern auch die **körperliche Mobilisation**. Die Krankenschwester rekonstruiert die körperliche Mobilisation als Arbeit, die sich durch ihre Nähe zur Pflege auszeichnet: Sie wird am Körper eines Patienten verrichtet. Sie besteht in der Förderung körperlicher Bewegungen beim Aufrichten im Bett und beim Verlassen des Bettes. Sie ist für die pflegenden Parteien, d.h. für Angehörige und Pflegekräfte, bedingt leistbar. Die Krankenschwester erklärt: Wenn es

---

<sup>1557</sup> ebd.: 5.

<sup>1558</sup> ebd.: 5.

<sup>1559</sup> ebd.: 5.

<sup>1560</sup> ebd.: 5.

<sup>1561</sup> ebd.: 5.

gelingt, den Körper eines Patienten zu „mobilisieren“<sup>1562</sup>, dann wird die Arbeit der Pflege leichter<sup>1563</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage mit Einwilligung des Hausarztes an der Mobilisation der Patientin gearbeitet<sup>1564</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Im Rahmen einer **ersten Mobilisierungsphase** sei **Hilfe beim Aufrichten im Bett** zu leisten gewesen. Die Patientin ist nach Aussage der Krankenschwester in einem Bewegungsablauf unterstützt worden, der mit dem Liegen im Bett beginnt<sup>1565</sup> und mit dem Sitzen „auf der Bettkante“<sup>1566</sup> endet. Die Krankenschwester erklärt: Die rheumakranke Patientin habe stets im Bett gelegen. Zudem habe sie bei geminderter Beweglichkeit und bei korpulenter Statur in einem niedrigen Bett, anstatt in einem Krankenhausbett mit „Bettgalgen“<sup>1567</sup> gelegen. Wie lässt sich jene erste Mobilisierungsphase, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Anzunehmen ist: Während jener Phase ist sowohl in der Zeit während der Einsätze, als auch in der Zeit zwischen den Einsätzen Hilfe beim Aufrichten im Bett geleistet worden. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage in der Zeit **während** jener Einsätze alleine Unterstützung geleistet, **ohne** über ein technisches Hilfsmittel verfügt zu haben. In der Zeit **zwischen** den Einsätzen des Pflegepersonals hat die Angehörige vermutlich auf vergleichbare Weise Unterstützung geleistet, alleine und ohne technisches Hilfsmittel. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft ist sich der Notwendigkeit bewusst geworden, ein der Arbeitserleichterung dienende technische Hilfsmittel (Krankenhausbett mit Bettgalgen) einzusetzen. Sie hat nach Absprache mit der Angehörigen eine Verleihaktion gestartet, die sie aber aufgrund des Widerstands der Patientin bereits nach einem Tag hat beenden müssen<sup>1568</sup>.
- Zu vermuten ist: Nach jener fehlgeschlagenen Verleihaktion hat die Krankenschwester, die Arbeit ohne technisches Hilfsmittel verrichtend, eine Schädigung ihrer Arbeitskraft erlebt. Wie rekonstruiert sie den Prozess der Bearbeitung jener Schädigung? Sie berichtet, den Personalwechsel organisiert und eine "resolutive" verfahrenende Personalperson eingesetzt zu haben. Nach Aussage der Krankenschwester hat jene Personalperson die Patientin zu

---

<sup>1562</sup> ebd.: 29.

<sup>1563</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>1564</sup> vgl.: ebd.: 23f, 32.

<sup>1565</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1566</sup> ebd.: 22.

<sup>1567</sup> ebd.: 35.

<sup>1568</sup> vgl.: ebd.: 9f, 35f.

persönlicher Selbsthilfe aufgefordert. Die Krankenschwester verweist nicht nur auf den Verfahrenserfolg jener Person, sondern bietet auch eine Erklärung für jenen Verfahrenserfolg an: das vergleichsweise resolutere Vorgehen<sup>1569</sup>

Wie stellt sich jene erste Mobilisierungsphase, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester beschreibt ein Verfahren, das sie in der **Anfangszeit** während der eigenen Einsätze vermutlich wiederholt praktiziert hat. Sie berichtet: Die Patientin habe die Hände um ihren Hals gelegt und sie habe die Patientin hochgezogen. Sie betont: Sie habe jenen Prozess des Hebens als schmerzhaft erlebt<sup>1570</sup>. Die Krankenschwester schildert: Sie habe im **Verlaufe der Zeit** dafür plädiert, ein Krankenhausbett mit Bettgalgen einzusetzen. Sie habe ein verleihbares Bett aufstellen und die Patientin umbetten lassen. Am Folgetag habe sie es jedoch wegen des Widerstandes der Patientin abtransportieren lassen müssen<sup>1571</sup>. Sie habe der Patientin anschließend erklärt, dass sie selber aber nicht wünsche, sich beim Heben zu schädigen. Sie habe sich jedoch verhoben und habe tagelang Schmerzen verspürt. Sie habe derweil den Schüler eingesetzt, die Arbeit zu erledigen<sup>1572</sup>. Er habe der Patientin mitgeteilt: Er verlange, dass sie mitarbeiten werde, damit sie auf die Bettkante zu sitzen komme und sich die Arbeit leichter erledigen lasse. Die Krankenschwester erklärt: Er sei „resoluter im Auftreten“<sup>1573</sup> und habe die Situation gemeistert.

Die Krankenschwester berichtet: Im Rahmen einer **zweiten Mobilisierungsphase** sei **Hilfe beim Verlassen des Bettes** zu leisten gewesen. Die Patientin ist nach Auskunft der Krankenschwester in einem Bewegungsablauf unterstützt worden, der aus dem „Gang zum Sessel“<sup>1574</sup> bestanden hat und um den „Gang zur Toilette“<sup>1575</sup> erweitert worden ist. Wie lässt sich jene zweite Mobilisierungsphase, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat die Patientin in der Zeit **während** der Einsätze aktiviert, ohne die Angehörige engagiert zu haben, als Zweitkraft Hilfestellung zu leisten. Die Krankenschwester hat sich vermutlich darauf

---

<sup>1569</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>1570</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1571</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1572</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1573</sup> ebd.: 10.

<sup>1574</sup> ebd.: 22.

<sup>1575</sup> ebd.: 34.

beschränkt, der Angehörigen jene Aktivierungserfolge zu demonstrieren, die sie erzielt hat<sup>1576</sup>.

- Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage befürchtet, dass die Angehörige wiederholt am Wahrheitsgehalt ihrer Worte zweifelt. Hat die Krankenschwester der Angehörigen jene Aktivierungserfolge demonstriert, die sie erzielt hat, hat sie der Angehörigen die Möglichkeit geboten, sich vom Wahrheitsgehalt ihrer Worte zu überzeugen<sup>1577</sup>.
- Aktivierungserfolge demonstrierend, hat die Krankenschwester der Angehörigen zu verstehen gegeben: Die Angehörige kann in der Zeit **zwischen** den Einsätzen erprobte und bewährte Aktivierungsmaßnahmen fortsetzen, um Aktivierungserfolge zu verfestigen, ohne befürchten zu müssen, sich bei der Aktivierung ihrer Mutter zu überfordern<sup>1578</sup>.

Wie stellt sich jene zweite Mobilisierungsphase, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet, dar? Die Aufmerksamkeit auf die Zeit **während** der eigenen Einsätze lenkend, berichtet die Krankenschwester: Sie habe die Patientin teils im Verlauf der Einsätze, teils am Ende der Einsätze mobilisiert. Die Krankenschwester erklärt: Ihr sei bewusst geworden, dass sie „ein bißchen resoluter“<sup>1579</sup> verfahren muss. Sie habe ihre Verfahrensweise geändert und habe den Verfahrenserfolg selber erlebt. Die Krankenschwester schildert: Sie habe die Patientin aufgefordert, sich in den Sessel zu setzen. Sie habe der Patientin erklärt: Wenn die Patientin im Sessel sitze, dann erleichtere das der Pflegekraft, das Bett zu machen. Sie habe betont: Sie finde, dass der Gang zum Sessel erforderlich sei. Sie habe beim Gang zum Sessel Hilfestellung geleistet. Sie sei „ganz pffiffig“<sup>1580</sup> verfahren. Sie habe einen Plan entwickelt. Sie habe geplant, die Tochter zu verständigen, dass die Tochter die im Sessel sitzende Mutter sieht, „dass sie nicht wieder sagt, es wäre nicht wahr“.<sup>1581</sup> Sie habe jenen Plan verwirklicht. Die Krankenschwester erklärt: Wenn das Pflegepersonal am Ende des Einsatzes Zeit gehabt habe, dann habe es mit der Patientin einige Gehübungen gemacht. Es sei der Patientin behilflich gewesen, ohne die Angehörige engagiert zu haben, Hilfestellung zu leisten<sup>1582</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Nachdem das

---

<sup>1576</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1577</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1578</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1579</sup> ebd.: 19.

<sup>1580</sup> ebd.: 19.

<sup>1581</sup> ebd.: 19.

<sup>1582</sup> vgl.: ebd.: 21.

Pflegepersonal „immer vorgeprobt“<sup>1583</sup> und erlebt habe, dass die Patientin den Gang zum Sessel problemlos bewältige, habe das Pflegepersonal der Angehörigen mitgeteilt, sie könnte in der Zeit **zwischen** den Einsätzen „ruhig versuchen, die Mutter nochmal in den Sessel zu setzen“<sup>1584</sup>.

Die Krankenschwester erzählt, die Angehörige habe sie anfänglich unhöflich behandelt: „recht, recht schroff“<sup>1585</sup>. Sie habe jene unhöfliche Behandlungsweise als verletzend empfunden. Nachher habe sie jene unhöfliche Behandlungsweise als nicht mehr so verletzend empfunden. Anzunehmen ist: Sie hat nicht die Kommunikation mit der Angehörigen über jene unhöfliche Behandlungsweise gesucht, sondern hat sich darauf beschränkt, Reflexionen über jene unhöfliche Behandlungsweise anstellen. Hat sie sich jene unhöfliche Behandlungsweise mit der Art der Angehörigen erklärt, hat sie eine die eigene Person entlastende Erklärung gewählt. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe die Angehörige allerdings „zur Raison gerufen“<sup>1586</sup>, als sie begonnen habe, den Pflegekräften Geldgeschenke anzubieten. Die Angehörige sei der Meinung gewesen: Wenn sie den Pflegekräften Geld schenke, dann seien die Pflegekräfte ihrer Mutter gegenüber „lieber und netter und freundlicher und kümmern sich noch mehr“<sup>1587</sup> um sie. Die Krankenschwester schildert: Sie habe es dankend abgelehnt, die Geldgeschenke anzunehmen. Sie habe die Ablehnung unter Hinweis auf das dienstrechtliche Verbot, Geldgeschenke anzunehmen, erläutert. Die Angehörige habe zwar beleidigt reagiert, habe aber keinen erneuten Versuch gestartet, den Pflegekräften Geld zu schenken<sup>1588</sup>. Möglich ist: Die Krankenschwester hofft, dass sich mittels der Kommunikation über (Verletzungen von) Anspruchshaltungen eine Eskalation von Konflikten vermeiden lässt, **und** befürchtet, dass Konflikte im Falle der Kommunikation über (Verletzungen von) Anspruchshaltungen eskalieren. Die Ansprüche der Krankenschwester lauten: Angehörige sollen eine Pflegekraft mit Höflichkeit behandeln. Angehörige sollen es unterlassen zu versuchen, eine Pflegekraft zu bestechen<sup>1589</sup>.

Im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege hat es nach Angaben der Krankenschwester **Überschneidungen** im Engagement von Pflegepersonal und Angehörigen gegeben. Nach Aussage der Krankenschwester hat es Überschneidungen in den **Arbeitsleistungen** gegeben: Nach Auskunft der Krankenschwester haben beide Parteien, Pflegekräfte und Angehörige, regelmäßig dieselben Pflegeleistungen

---

<sup>1583</sup> ebd.: 35.

<sup>1584</sup> ebd.: 35.

<sup>1585</sup> ebd.: 14.

<sup>1586</sup> ebd.: 14.

<sup>1587</sup> ebd.: 14.

<sup>1588</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>1589</sup> vgl.: ebd.: 14.



erbracht<sup>1590</sup>. Beide Parteien haben es vermutlich nach Möglichkeit vermieden, eine besondere Pflegeleistung zu erledigen: das Blutdruckmessen. Sie haben vermutlich befürchtet: Im Falle der Benutzung der Blutdruckmanschette kommt es in Folge der Cortisonbehandlung zu Blutergüssen. Eine Partei, das Pflegepersonal, hat sich nach Angaben der Krankenschwester in einer Sondersituation gefordert gesehen, jene Pflegeleistung zu übernehmen<sup>1591</sup>. Anzunehmen ist: Es hat keine Überschneidungen in den **Arbeitszeiten** gegeben. Die Angehörige hat vermutlich nur in der Zeit **zwischen** den Einsätzen<sup>1592</sup>, nicht aber in der Zeit **während** der Einsätze des Personals Pflege geleistet<sup>1593</sup>.

Die Krankenschwester schreibt den Erfolg bei der Wundheilung sowohl dem Engagement der Tochter<sup>1594</sup>, als auch dem Engagement der Pflegekräfte zu<sup>1595</sup>. Sie betrachtet die Wiederherstellung relativer körperlicher Beweglichkeit als einen im Wesentlichen dem Engagement der Pflegekräfte zuzuschreibenden Fortschritt<sup>1596</sup>. Die Krankenschwester ist vermutlich der Ansicht: Die Pflegekräfte haben zur **Entlastung der Angehörigen** beigetragen, indem sie die körperlich schweren Pflegeleistungen übernommen haben<sup>1597</sup>. Die Krankenschwester ist vermutlich auch der Auffassung: Die Angehörige hat im Verlauf der Zeit begonnen, einen Beitrag zur **Entlastung der Pflegekräfte** zu leisten<sup>1598</sup>.

### 3.2.2.5.2. Die Beratung

Die Krankenschwester berichtet, Pflegeberatung geleistet zu haben. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat jene Pflegeberatung ausschließlich im Rahmen der Pflegeeinsätze geleistet. Die Wundbehandlung, die körperliche Mobilisation, die Entlastung durch technische Pflegehilfsmittel wie Antidekubitusfell, Krankenhausbett und Schieber, sowie die Entlastung durch Engagement einer Vertretung sind nach Aussage der Krankenschwester Gegenstand der Pflegeberatung gewesen. Die Krankenschwester rekonstruiert die im Rahmen der **Wundbehandlung** geleistete Beratung. Sie gewährt Einblick in Beratungsprozesse, die auf Sicherstellung einer fachgerechten Wundbehandlung zielen. Wie lassen sich jene Beratungsprozesse, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

---

<sup>1590</sup> vgl.: ebd.: 17, 25, 35, 48.

<sup>1591</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>1592</sup> vgl.: ebd.: 5, 17, 48.

<sup>1593</sup> vgl.: ebd.: 5, 9, 19, 30, 40f.

<sup>1594</sup> vgl.: ebd.: 7, 24.

<sup>1595</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>1596</sup> vgl.: ebd.: 10ff.

<sup>1597</sup> vgl.: ebd.: 40, 45.

<sup>1598</sup> vgl.: ebd.: 34.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: **Belehrbarkeit** der Angehörigen hat sich nicht voraussetzen lassen. Die Krankenschwester hat die Angehörige beraten und hat sich gefordert gesehen, deren Weigerung zu bearbeiten, sich beraten zu lassen. Sie hat deren Widerstand gegen eine beratungsgemäße Wundbehandlung nach eigener Aussage in unterschiedlicher Weise bearbeitet. Sie betont, dem Willen der Angehörigen bedingt Folge geleistet zu haben<sup>1599</sup>.
- Die Krankenschwester hat den Beratungsversuch nach eigener Aussage beendet, sofern sie zu der Auffassung gelangt ist: Ein dem Willen der Angehörigen gemäßes Verfahren ist fachlich zu verantworten. Die Krankenschwester hat den Beratungsversuch nach eigenen Angaben fortgesetzt, sofern sie der Auffassung gewesen ist: Ein dem Willen der Angehörigen gemäßes Vorgehen ist fachlich nicht zu verantworten. Es würde einen für die Patientin folgeschweren Fehler darstellen<sup>1600</sup>.

Wie stellen sich jene Beratungsprozesse, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester nimmt auf eine Vielzahl von Wunden Bezug, die sie undefiniert lässt. Sie nimmt ferner auf die im Falle jener undefiniert bleibenden Wunden geleistete Beratung Bezug. Die Krankenschwester erklärt: Nach den im Kontext der Krankenhauspflege erlebten Komplikationen bei der Wundbehandlung habe die Tochter im Kontext der häuslichen Pflege den fortgesetzten Einsatz von Pflaster bei der Wundbehandlung abgelehnt. Sie habe Fettsalbe als Alternative ausprobiert. Die Haut der Patientin sei wie Pergamentpapier gewesen und bei Entfernung von Hansaplast habe sich regelmäßig eine neue Stelle entwickelt. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe der Tochter vorgeschlagen, alternativ hautfreundliches Pflaster zu verwenden. Die Tochter habe jenen Vorschlag abgelehnt. Die Tochter habe erklärt: „Ich will bei meiner Mutter gar kein Pflaster“<sup>1601</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe jene Erklärung vernommen. Sie habe sich „gedacht: Naja, ist auch gut“<sup>1602</sup>. Sie habe, sich dem Willen der Tochter fügend, die äußeren Wundränder mit Penatencreme behandelt<sup>1603</sup>. Der Zustand der Haut habe sich

---

<sup>1599</sup> vgl.: ebd.: 24f.

<sup>1600</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1601</sup> ebd.: 25.

<sup>1602</sup> ebd.: 25.

<sup>1603</sup> vgl.: ebd.: 6.

binnen einiger Tage erheblich verbessert<sup>1604</sup>. Die Krankenschwester hebt eine besondere Wunde aus der Gesamtheit aller Wunden hervor. Sie definiert jene Wunde und bezieht sich auf die im Falle jener definierten Wunde geleistete Beratung. Die Krankenschwester erklärt: Die Patientin „hatte eine kleine Stelle am Po“<sup>1605</sup>. Da die Patientin inkontinent gewesen sei, habe das Pflegepersonal stets erklärt: „Da muß [sic.] etwas darauf“.<sup>1606</sup> Das Pflegepersonal habe vorgeschlagen, luftdurchlässiges Pflaster zu verwenden. Die Tochter habe jenen Vorschlag jedoch abgelehnt. Die Tochter habe befürchtet: Auf einer Haut wie Pergamentpapier verwendet, führt luftdurchlässiges Pflaster zu einer Wundvergrößerung, anstatt einer Wundvergrößerung vorzubeugen. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe sich bemüht, die Tochter davon zu überzeugen, dass deren Befürchtung unbegründet sei. Sie habe der Tochter mitgeteilt: Sie versuche es und die Tochter werde erleben, ob in Folge jenes Verfahrens eine neue Wunde entstehe. Mit Erlaubnis der Patientin habe sie ein luftdurchlässiges Pflaster über eine in der Heilung begriffene Wunde geklebt. Sie habe es entfernt. Es sei nach seiner Benutzung frei von Schorf gewesen. Auf jenes von Schorf freie Pflaster deutend, habe sie der Tochter gesagt: „Sehen Sie, es ist nichts daran“<sup>1607</sup>. Dann habe die Tochter ihre Einwilligung in das Behandlungsverfahren ausgesprochen und ihre Mitarbeit zugesichert. Binnen eines vier Tage währenden Zeitraumes habe sich Wundheilung erzielen lassen<sup>1608</sup>.

Die Krankenschwester rekonstruiert auch die im Rahmen der **körperlichen Mobilisation** geleistete Beratung. Sie bietet Einblick in Beratungsprozesse, die auf Sicherstellung einer fachgerechten Mobilisation gerichtet sind. Wie lassen sich jene Beratungsprozesse, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester unterscheidet zwischen informeller und formeller Mobilisation. Sie verweist einerseits auf die Möglichkeit eines informellen Engagements von Angehörigen<sup>1609</sup>, andererseits auf die Möglichkeit eines formellen Engagements von Angehörigen zweier Berufsgruppen: eines Engagements von Pflegekräften und Krankengymnasten<sup>1610</sup>.

---

<sup>1604</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>1605</sup> ebd.: 7.

<sup>1606</sup> ebd.: 7.

<sup>1607</sup> ebd.: 25.

<sup>1608</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>1609</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1610</sup> vgl.: ebd.: 12, 21.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat der Angehörigen zur informellen Mobilisation geraten. Beratung zur Durchführung informeller Mobilisierungsmaßnahmen leistend, hat sie der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass deren Befürchtungen, bei der Mobilisation selber Fehler zu begehen, unrealistisch (geworden) sind<sup>1611</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester kann ferner entnommen werden: Sie hat der Angehörigen zur Organisation formeller Mobilisation geraten. Beratung zur Durchführung eines krankengymnastischen Mobilisierungsprogramms leistend, hat sie sich der Angehörigen wiederholt als Fachkraft präsentiert, die bestrebt ist, für die Patientin folgeschwere Fehler zu vermeiden<sup>1612</sup>.
- Die Krankenschwester verdeutlicht, die Angehörige beraten zu haben. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, nicht die Unbelehrbarkeit, sondern die **Belehrbarkeit** der Angehörigen erlebt zu haben. Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester, im Rahmen der körperlichen Mobilisation Beratung leistend, die Erfahrung gemacht, dass die Angehörige sich hat beraten lassen<sup>1613</sup>.

Wie stellen sich jene Beratungsprozesse, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt: Die Tochter habe sich auf unproblematische Weise motivieren lassen, die durch die Pflegekräfte eingeleiteten Mobilisationserfolge zu stabilisieren und Ausbaumöglichkeiten zu erproben. Die Tochter habe sich belehren lassen, in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen selber Mobilisierungsmaßnahmen durchzuführen<sup>1614</sup>. Die Tochter habe ferner den Rat der Krankenschwester beherzigt, spezielle Mobilisierungsmaßnahmen durchführen zu lassen<sup>1615</sup>: Sie habe auf Anraten der Krankenschwester sowohl den Hausarzt veranlasst, krankengymnastische Übungen zu verordnen<sup>1616</sup>, als auch die Krankengymnastin veranlasst, die Übungstechnik zu korrigieren<sup>1617</sup>. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester der Tochter erklärt: Wenn die Krankengymnastik keinen Erfolg haben sollte, dann habe man einen Versuch unternommen, aber keine folgeschwere Unterlassung zu verantworten. Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester der Tochter nicht nur geraten, den Hausarzt um eine Verordnung für

---

<sup>1611</sup> vgl.: ebd.: 29, 35.

<sup>1612</sup> vgl.: ebd.: 11f.

<sup>1613</sup> vgl.: ebd.: 11f, 29.

<sup>1614</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1615</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>1616</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1617</sup> vgl.: ebd.: 12.

krankengymnastische Übungen zu bitten, sondern hat die Tochter auch über Möglichkeiten aufgeklärt, auf den Hausarzt Einfluss zu nehmen, um jene Verordnung zu erwirken<sup>1618</sup>. Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester die Tochter über die Notwendigkeit aufgeklärt, auf die Krankengymnastin Einfluss zu nehmen, um Fehler bei der Durchführung der Gehübungen mit Gehhilfen zu vermeiden, die zu Komplikationen bei der Wundbehandlung führen können<sup>1619</sup>.

Die Krankenschwester schildert: Das Pflegepersonal habe die Tochter über Möglichkeiten der **Entlastung durch technische Pflegehilfsmittel** aufgeklärt. Die Aufklärung in Sachen **Antidekubitusfell** habe sich als problematisch erwiesen. Das Problem habe nicht darin bestanden, sich mit der Tochter zu verständigen, dass ein Antidekubitusfell indiziert sei. Das Problem habe vielmehr darin bestanden, der Tochter verständlich zu machen, dass auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation keine Möglichkeit bestehe, ein Fell zu verleihen, und dass folglich auf Seiten der Tochter die Notwendigkeit entstehe, ein Fell zu kaufen<sup>1620</sup>. Nicht am Widerstand der Tochter, sondern am Widerstand der Patientin sei die Einführung des Antidekubitusfelles<sup>1621</sup> sowie die Einführung des mit einem "Betthalter" ausgestatteten **Krankenhausbettes** gescheitert<sup>1622</sup>. Möglich ist: Die Krankenschwester hat Widerstand gegen den entschiedenen Widerstand der Patientin als zwecklos betrachtet<sup>1623</sup>. Die Krankenschwester schildert: Die Belehrung in Sachen **Schieber** habe sich als unproblematisch erwiesen. Es sei weder ein Problem gewesen, sich mit der Tochter zu verständigen, dass die Anschaffung eines Schiebers angezeigt sei, noch sei es ein Problem gewesen, sich mit der Tochter zu einigen, dass sie selber gefordert sei, einen Schieber zu besorgen<sup>1624</sup>.

Die Krankenschwester hat es vermutlich unterlassen, der Tochter zu raten, sich angesichts des Leidens an konflikträchtigen Familienbeziehungen in psychologische Behandlung zu begeben. Die Krankenschwester berichtet, die Tochter wiederholt aufgeklärt zu haben, wie der Zustand der Patientin aus Sicht der Pflege zu beurteilen ist<sup>1625</sup>. Die Krankenschwester berichtet nicht, Aufklärung darüber geleistet zu haben, wie der Zustand der Tochter aus Sicht der Pflege zu bewerten ist. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester die Tochter über Möglichkeiten und Grenzen aufgeklärt, sich **Entlastung durch Engagement einer Vertretung** zu verschaffen. Die

---

<sup>1618</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1619</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>1620</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1621</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1622</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1623</sup> vgl.: 35f.

<sup>1624</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1625</sup> vgl.: ebd.: 19, 31.

Krankenschwester erzählt: Sie habe das Problem der Tochter wahrgenommen, die Patientin nicht unbeaufsichtigt lassen zu können, wenn sie einmal gemeinsam mit dem Ehemann eine Familienfeier am Wochenende und einen Urlaub erleben wollte. Beratung leistend, habe sie jenes Problem bearbeitet. Sie habe im Gespräch mit der Tochter **Möglichkeiten informeller Vertretung** erkundet: Sie habe den Familienstand des Sohnes erfragt. Da er unverheiratet gewesen sei, sei die Möglichkeit entfallen, eine Schwiegertochter zu bitten, sie „am Wochenende oder so“<sup>1626</sup> zu vertreten. Sie habe die Tochter über **Möglichkeiten formeller Vertretung** aufgeklärt. Sie habe die Tochter auf den gemeinnützigen Pflegeverein aufmerksam gemacht, eine ambulante Pflegeorganisation, deren räumlicher Wirkungskreis sich mit dem des gemeindlichen Pflegedienstes überschneidet<sup>1627</sup>. Sie habe jene ambulante Pflegeorganisation als Möglichkeit dargestellt<sup>1628</sup>, die Tochter am Wochenende zu vertreten. Ferner habe sie die Tochter auf das wohnortnahe Altersheim aufmerksam gemacht. Sie habe jenes Altersheim als einzige Möglichkeit bezeichnet, die Tochter im Urlaub zu vertreten. Die Krankenschwester hat den gemeindlichen Pflegedienst vermutlich nicht als Möglichkeit dargestellt, die Angehörige für (vierundzwanzig) Stunden zu vertreten<sup>1629</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat die Tochter am Beispiel des Wochenenddienstes über die Begrenztheit der organisatorischen Möglichkeiten auf Seiten des gemeindlichen Pflegedienstes aufgeklärt<sup>1630</sup>. Denkbar ist: Die Krankenschwester hat vorrangig Möglichkeiten informeller Vertretung erkundet und hat nachrangig Möglichkeiten formeller Vertretung benannt<sup>1631</sup>. Ihre Aufmerksamkeit, potentielle Ersatzpersonen im familialen Netzwerk betreffend, ist vermutlich ungleich verteilt gewesen: Sie betrachtet eine Schwiegertochter als Person, die Vertretung leisten könnte<sup>1632</sup>.

### 3.2.2.5.3. Die soziale Betreuung

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, Betreuung geleistet? Nach Auskunft der Krankenschwester haben die Angehörigen der Patientin Gesellschaft geleistet<sup>1633</sup>. Gesellschaft, von Angehörigen auf Basis ihres privaten Engagements geleistet, lässt sich als Investition von Freizeit deuten. Haben auch die Pflegekräfte der

---

<sup>1626</sup> ebd.: 27.

<sup>1627</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>1628</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>1629</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>1630</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1631</sup> vgl.: 27f.

<sup>1632</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>1633</sup> vgl.: ebd.: 42.

Patientin Gesellschaft geleistet? Gesellschaft, von Pflegekräften auf Basis ihres beruflichen Engagements geleistet, lässt sich als Investition von Arbeitszeit zu interpretieren. Die Möglichkeiten der Pflegekräfte, auf Basis ihres beruflichen Engagements Gesellschaft zu leisten, sind strukturell bedingt begrenzt: Die Arbeitszeit der Pflegekräfte ist hauptsächlich reserviert, um Pflege zu leisten. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe mit der Patientin Konversation betrieben, während es Pflege geleistet habe<sup>1634</sup>. Anzunehmen ist: Das Pflegepersonal hat zwar Pflege und Konversation im Rahmen seiner Pflegeeinsätze verknüpft, hat aber keine ausschließlich der Konversation dienenden Einsätze durchgeführt.

#### 3.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? Zu vermuten ist: Hauptsächlich die Tochter hat die Hausarbeit geleistet. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe im Rahmen ausgewählter Pflegeeinsätze mit Hilfe der Tochter das Bett der Patientin bezogen<sup>1635</sup>. Der Wechsel der Bettwäsche ist im Falle einer im Bett liegenden Patientin<sup>1636</sup> eine Tätigkeit, die sich einerseits durch ihre Nähe zur Hausarbeit, andererseits durch ihre Nähe zur Pflegearbeit auszeichnet.

### 3.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung

Die seitens der Krankenschwester formulierten **Prognosen** über die Fallproblematik datieren aus der Zeit nach dem Ableben der zu pflegenden Person. Sie beziehen sich sowohl auf den **Zustand der Patientin** als auch auf das **Engagement der Tochter** im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege. Die Krankenschwester räumt ein, nicht den Tod der Patientin<sup>1637</sup>, sondern eine möglicherweise eintretende Zustandsverschlimmerung antizipiert zu haben<sup>1638</sup>. Sie ist sich bewusst: Die in der Zukunft liegende Entwicklung im Zustand einer Person stellt eine prinzipiell unbekannte und nicht fehlerfrei prognostizierbare Größe dar. „Das weiß man alles nicht, wie sich der

---

<sup>1634</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1635</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>1636</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1637</sup> vgl.: ebd.: 33, 46.

<sup>1638</sup> vgl.: ebd.: 45.

Zustand entwickelt"<sup>1639</sup>. Sie räumt ferner ein, unterstellt zu haben, dass die Tochter sich in Zukunft verstärkt an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligt hätte<sup>1640</sup>.

Die Krankenschwester berichtet, nicht die Beendigung, sondern die Fortsetzung der häuslichen Pflege antizipiert zu haben. Den Plan zur Bearbeitung der Fallproblematik vorstellend, bespricht die Krankenschwester zwei Versionen eines in der Zukunft liegenden formellen Pflegeprogramms, die durch den Lauf der Dinge (Tod der Patientin) überholt worden sind. Die Krankenschwester ist nach eigener Darstellung bereit gewesen, das formelle Pflegeprogramm in Abhängigkeit von der Zustandsentwicklung auf Seiten der Patientin zu gestalten. Sie bekundet: Sie hätte eine sich stabilisierende Zustandsverbesserung<sup>1641</sup> zum Anlass genommen, einen **Abbau des formellen Pflegeprogramms** auszuprobieren. Sie hätte versucht, die Anzahl der Einsätze pro Woche zu reduzieren<sup>1642</sup>. Als Maßstab für den Abbau von Pflegeeinsätzen präsentiert die Krankenschwester den Schwierigkeitsgrad pflegerischer Arbeiten. Sie erklärt: Die Pflegekräfte hätten fortgesetzt Arbeiten wie das Duschen übernommen, da der Vollzug derartiger Arbeiten vergleichsweise schwieriger sei. Bei künftigen Duscheneinsätzen wäre die Tochter allerdings als Zweitkraft eingeplant worden, Hilfe beim Einsteigen in die Dusche und Hilfe beim Aussteigen aus der Dusche zu leisten<sup>1643</sup>. Gesetzt, ein punktueller Abbau des formellen Pflegeprogramms<sup>1644</sup> wäre, probeweise eingerichtet, gescheitert, wäre das formelle Pflegeprogramm auf dem ursprünglich etablierten Niveau wiederaufgebaut worden und es wäre wieder an allen regulären Einsatztagen Pflege geleistet worden<sup>1645</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Es sei einfacher, das formelle Pflegeprogramm in einer Phase der Zustandsverbesserung „ein bißchen [sic.] zu reduzieren“<sup>1646</sup> als in einer Phase der Zustandsverschlechterung. Im Falle einer Zustandsverschlechterung hätte ein über das ursprünglich etablierte Niveau hinausgehender **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** eingeleitet werden müssen. Sie hätte für den Fall einer Zustandsverschlechterung nicht ausgeschlossen, die Anzahl der Einsätze pro Einsatztage zu erhöhen. Sie wäre bereit gewesen, sowohl zur Vormittagszeit, als auch zur Abendzeit Pflegeeinsätze durchzuführen<sup>1647</sup>.

---

<sup>1639</sup> ebd.: 45.

<sup>1640</sup> vgl.: ebd.: 41, 45.

<sup>1641</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>1642</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>1643</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>1644</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>1645</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>1646</sup> ebd.: 46.

<sup>1647</sup> vgl.: ebd.: 45.



### 3.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft

Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung rekonstruierend, präsentiert die Pflegekraft die Arbeit im Fall einer Seniorin, die sich im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in einem nicht mobilisierten Zustand befunden hat. Anzunehmen ist: Sie hat die Hoffnung gehabt, einen Pflegeerfolg erzielen zu können. Sie hat gehofft, dass sich relative körperliche Beweglichkeit und relative Selbständigkeit beim Vollzug der Körperpflege wiederherstellen lässt. Sie sieht sich einerseits in einem Fall engagiert, in dem informelle Pflege geleistet wird. Sie sieht sich andererseits in einem Fall engagiert, in dem sie die Art der pflegenden Angehörigen, sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses zu beteiligen, als „unheimlich fordernd und resolut“<sup>1648</sup> erlebt. Sie registriert eine **Kumulation von Problemen**: Sie begegnet einerseits einer Seniorin, die multimorbid und „schwerkrank“<sup>1649</sup> ist, Herzbeschwerden und Wasser in der Lunge hat<sup>1650</sup>, rheumakrank ist, an Rheumaschmerzen leidet<sup>1651</sup>, beleibt ist, „immer im Bett“<sup>1652</sup> liegt und einen von Wunden gezeichneten Körper hat. Sie begegnet andererseits einer Tochter, der sie unterstellt, belastet zu sein. Sie verweist auf die Konflikthaftigkeit ausgewählter Familienbeziehungen. Sie hat **keine** Veranlassung gesehen, der Patientin eine **geringe Lebenserwartung** zu prophezeien. Sie ist auf den Ernstfall, Sterben und Tod der Patientin, gedanklich noch nicht vorbereitet gewesen. Der Ernstfall ist aber eingetreten: nicht im häuslichen Kontext, sondern im Krankenhauskontext.

#### 3.4.1. Handlungsbedingungen

##### 3.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Sowohl **Bedürfnisse** der Patientin, als auch Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen sind zu berücksichtigen.<sup>1653</sup> Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung bei der Versorgung der Patientin um Sicherstellung der Körperpflege, um Wiederherstellung

---

<sup>1648</sup> EPI 3: 13.

<sup>1649</sup> ebd.: 29.

<sup>1650</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1651</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1652</sup> ebd.: 35.

<sup>1653</sup> siehe Kapitel 3.2.1.1.; Kapitel 3.2.1.2. und Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

relativer Selbständigkeit bei der Körperpflege, um körperliche Mobilisation, um Wundheilung und Wundvermeidung bemüht gewesen. Sie ist nach eigener Aussage bestrebt gewesen, Schmerzen der Patientin zu lindern und einer Verschlechterung des Zustands der Patientin vorzubeugen.<sup>1654</sup> Die Pflegekraft unterstellt **der Patientin** vermutlich ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und Schmerzfreiheit sowie ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Die Patientin ist Zeit ihres Lebens „krank gewesen“<sup>1655</sup>, hat aus ihren Erkrankungen aber auch einen Krankheitsgewinn gezogen und hat sich Zeit ihres Lebens „gerne bedienen lassen“<sup>1656</sup>. Jener permanente Wunsch nach Unterstützung verweist auf ein Bedürfnis nach sozialer Bindung. Den Ausführungen der Pflegekraft kann ferner entnommen werden: Die Tochter hat sich Zeit ihres Lebens gefordert gesehen, der Mutter Unterstützung im Rahmen der Krankheits- und Alltagsbewältigung zu gewähren. Jene permanente Gewährung von Unterstützung weist auf ein Bedürfnis nach Anerkennung hin. Die Pflegekraft ist sich vermutlich bewusst: Jene permanente Gewährung von Unterstützung lässt auch auf verletzte Bedürfnisse schließen. Anzunehmen ist: Sie unterstellt **der pflegenden Angehörigen**, ein unbefriedigtes Bedürfnis nach Erholung zu haben. Anzunehmen ist ferner: Sie unterstellt der pflegenden Angehörigen, ein Bedürfnis nach Gesellschaft zu haben, das sich unter den gegebenen Umständen in den familiären Beziehungen nur begrenzt befriedigen lässt. Die Zeit der informellen Pflege ist zum einen Zeit, die die Tochter in Gesellschaft einer dominanten Mutter verbringt. Die Zeit der informellen Pflege ist zum anderen Abzug von Zeit, die sie in Gesellschaft des Ehepartners verbringen könnte. Die Pflegekraft ist möglicherweise der Ansicht: Die pflegende Angehörige hat ein zeitweilig unbefriedigtes Bedürfnis nach Sicherheit in der häuslichen Pflege. Die pflegende Angehörige hat nicht nur Angst, im häuslichen Pflegeprozess selber Fehler zu begehen, sondern hat auch Angst, dass die Pflegekraft im häuslichen Pflegeprozess Fehler begeht.

Die Pflegekraft registriert einerseits **Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln**, andererseits **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege.<sup>1657</sup> Aus Sicht der Pflegekraft besteht sowohl auf Seiten der Patientin, als auch auf Seiten der pflegenden Angehörigen Bedarf an Hilfestellung. Den **auf Seiten der Patientin** bestehenden Hilfebedarf prüfend, kommt die Pflegekraft zu dem Ergebnis: Die Patientin bedarf der informellen und formellen Pflege. Sie ist der Ansicht: Am Wochenende besteht kein Bedarf an formeller Pflege. An den verbleibenden

---

<sup>1654</sup> siehe Kapitel 3.2.2.3.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1655</sup> EPI 3: 13.

<sup>1656</sup> ebd.: 5.

<sup>1657</sup> siehe Kapitel 3.2.2.4. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Wochentagen besteht kein gesteigerter Bedarf an formeller Pflege. Sie hält ein formelles Pflegeprogramm mit einem Pflegeeinsatz pro Einsatztag und fünf Einsatztagen pro Woche für angezeigt. Sie registriert nicht nur Bedarf an Pflege, sondern auch Bedarf an medizinischer Behandlung. Den **auf Seiten der pflegenden Angehörigen** bestehenden Hilfebedarf prüfend, stellt sie Bedarf an formeller Pflegeberatung und Bedarf an Übernahme körperlich schwerer Pflegearbeiten fest. Sie ist sich vermutlich bewusst, dass die pflegende Angehörige einer befristeten Auszeit von der Pflege bedarf. Der Bedarf an formeller Pflegeberatung endet im häuslichen Kontext mit der Einweisung der Patientin ins Krankenhaus.

### 3.4.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft weiß um die **Existenz von Familienbeziehungen**.<sup>1658</sup> Sie registriert Familienbeziehungen, die von **räumlicher Nähe** geprägt sind. Die Seniorin lebt mit Tochter und Schwiegersohn zusammen in einem Haus, in getrennten Haushalten. Die Pflegekraft nimmt vermutlich an: Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter ist von **sozialer Nähe** gekennzeichnet. Zwischen Mutter und Tochter besteht ein regelmäßiger Sozialkontakt. Die Pflegekraft ist vermutlich auch der Ansicht: Die **emotionale Nähe** zwischen Mutter und Tochter ist nicht ungetrübt. Die Pflegekraft registriert ein Dominanzstreben auf Seiten der Mutter. Nach Darstellung der Pflegekraft ist nicht nur die Beziehung zwischen Mutter und Tochter, sondern auch die Beziehung zwischen pflegender Angehöriger und Ehemann konfliktträchtig.<sup>1659</sup>

Nach Angaben der Pflegekraft ist das im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrnehmbare **familiale Engagement** in erster Linie ein Engagement der im Haus lebenden Tochter.<sup>1660</sup> Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Jene Tochter hat sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt und hat die **Produktion informeller Pflegeleistungen** übernommen. Sie hat als pflegende Angehörige fungiert, ohne ihrerseits informelle Unterstützung durch Angehörige erhalten zu haben. Sieht die Pflegekraft sich veranlasst, das Engagement der pflegenden Angehörigen zu beanstanden und auf **Qualitätsmängel** zu verweisen? Sie beanstandet, anfangs gefordert gewesen zu sein, Pflegearbeit zu leisten, ohne Unterstützung durch die Angehörige erhalten zu haben<sup>1661, 1662</sup>. Sie bezweifelt weder die mit der Verrichtung

---

<sup>1658</sup> siehe Kapitel 3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1659</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1660</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1661</sup> vgl.: EPI 3: 34.

<sup>1662</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

ausgewählter Pflegeleistungen einhergehende körperliche **Belastung** der Angehörigen, noch bezweifelt sie die seelische Belastung der Angehörigen<sup>1663, 1664</sup>.

### 3.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** zu übernehmen, sind strukturell begrenzt. Deutlich wird: Eine auf den Körper der zu pflegenden Person zentrierte Pflege umfasst unter Umständen die Körperpflege, die körperliche Mobilisation, die körperliche Untersuchung, die Wundbehandlung und die Schmerzbehandlung im Falle einer Rheumaerkrankung. Deutlich wird auch: Die **Einsatztage pro Woche** unterliegen Beschränkungen. Pflegeeinsätze am Wochenende sind dem Notfall vorbehalten. Pflege am Wochenende gilt als „Notversorgung“<sup>1665</sup>. Die Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag** lässt sich nicht beliebig erhöhen: Die Pflegekraft betrachtet einen Einsatz pro Einsatztag als normal. Sie hält zwei Einsätze pro Einsatztag für bedingt machbar. Die **Zeit pro Einsatz** lässt sich ebenfalls nicht beliebig erhöhen. Die Pflegekraft kann nach eigenen Angaben für einen Einsatz im Einzelfall eine „dreiviertel Stunde“<sup>1666</sup> reservieren. Die Bearbeitung des Herzasens verdeutlicht: Die Pflegekraft muss den Dienstplan einhalten<sup>1667</sup> und kann es sich nur im Notfall leisten, „anderthalb Stunden“<sup>1668</sup> auf das Eintreffen des Hausarztes zu warten.<sup>1669</sup>

Strukturell bedingt begrenzt sind ferner die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **pflegenahe Leistungen** zu erbringen. Das Pflegepersonal kann weder eine krankengymnastische Behandlung, noch eine medizinische Behandlung durchführen: beides Leistungen, die sich zwar durch Pflegenähe auszeichnen können, aber die fachlichen Kompetenzen einer Pflegekraft übersteigen. Das Pflegepersonal kann bedingt pflegenahe Leistungen erbringen, die die fachlichen und alltagspraktischen Kompetenzen einer Pflegekraft nicht überschreiten. Deutlich wird: Das Pflegepersonal kann in begrenztem Umfang **pflegenahe Beratungsleistungen** übernehmen.<sup>1670</sup> Das Pflegepersonal kann

---

<sup>1663</sup> vgl.: EPI 3: 40.

<sup>1664</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1665</sup> EPI 3: 22.

<sup>1666</sup> ebd.: 22.

<sup>1667</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>1668</sup> ebd.: 32.

<sup>1669</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1670</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Angehörige im Rahmen der Pflegeberatung über Möglichkeiten aufklären, sich Entlastung zu verschaffen: sei es durch Einsatz technischer Pflegehilfsmittel, sei es durch Nutzung persönlicher Hilfestellung. Es kann sie anregen, Möglichkeiten informeller und formeller Kurzzeitpflege zu nutzen, um sich vertreten zu lassen. Es kann im Rahmen der Pflegeberatung ferner über Möglichkeiten der Wundbehandlung informieren, auf die Möglichkeit einer krankengymnastischen Behandlung hinweisen und auf die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung verweisen. Es könnte ferner auf die Möglichkeit einer psychologischen Behandlung aufmerksam machen. Deutlich wird auch: Das Pflegepersonal hat zwar die Möglichkeit, beratend tätig zu werden, kann aber nicht unterstellen, dass Patienten und Angehörige sich (widerstandslos) beraten lassen. Das Pflegepersonal kann im Verlauf eines Pflegeeinsatzes in begrenztem Umfang **pflegenahe Betreuungsleistungen** übernehmen: Es hat die Möglichkeit, während der Pflegearbeit mit dem Patienten zu kommunizieren<sup>1671</sup>.<sup>1672</sup> Das Pflegepersonal kann im Verlauf eines Pflegeeinsatzes ferner in begrenztem Umfang **pflegenahe Hausarbeiten** erledigen: Leistet es im Falle eines „immer im Bett“<sup>1673</sup> liegenden Patienten Hilfe beim Wechsel der Bettwäsche, leistet es einen Beitrag zur Wäschepflege.<sup>1674</sup>

Strukturell bedingt begrenzt sind nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die pflegebedürftige Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die familiäre Pflegeperson zu unterstützen. Deutlich wird: Ein Pflegeeinsatz kann in begrenztem Umfang zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen.<sup>1675</sup> Das Pflegepersonal kann der pflegenden Angehörigen eine Auszeit von informeller Pflege bieten, die auf die Dauer des Pflegeeinsatzes beschränkt bleibt. Es kann der pflegenden Angehörigen aber unmöglich eine Auszeit von informeller Pflege bieten, die sich auf ein Wochenende oder gar auf einen Urlaub erstreckt<sup>1676</sup>. Bietet das Pflegepersonal der pflegenden Angehörigen für die Dauer des Pflegeeinsatzes keine Auszeit von informeller Pflege, kann es die familiäre Pflegeperson Pflegeleistungen übernehmen lassen, die es körperlich leichter Pflegearbeit zurechnet, während es selber Pflegeleistungen übernimmt, die es körperlich schwererer Pflegearbeit zuordnet. Es kann der familiären Pflegeperson im Rahmen eines Pflegeeinsatzes auch Beratung bieten. Das Pflegepersonal kann die pflegende Angehörige im Rahmen der Pflegeberatung

---

<sup>1671</sup> vgl.: EPI 3: 23.

<sup>1672</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1673</sup> EPI 3: 35.

<sup>1674</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1675</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1676</sup> vgl.: EPI 3: 27.

beispielsweise über Möglichkeiten aufzuklären, sich Entlastung zu verschaffen: sei es durch technische Pflegehilfsmittel, sei es durch eine Urlaubsvertretung.<sup>1677</sup>

#### 3.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Am Beispiel ihres Bemühens, die körperliche Pflege der rheumakranken Patientin, die Körperpflege und die körperliche Mobilisation sicherzustellen, Wunden zu heilen und Schmerzen zu lindern, verdeutlicht die Pflegekraft: Zur **Pflegearbeit** verpflichtet, kann sie gefordert sein, körperlich und seelisch belastende Pflegeleistungen zu erbringen. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Sie ist keineswegs verpflichtet, Wünsche nach formeller Pflege zu erfüllen. Sie hat vielmehr die Pflicht, im Rahmen fachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Bedarf an formeller Pflege zu decken. Die Verpflichtung, Pflege im Rahmen fachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten zu leisten, beinhaltet die Verpflichtung, die eigene Unbestechlichkeit zu wahren und Pflegeleistungen ohne persönliche Vorteilnahme zu erbringen. Die Pflegekraft ist sich ferner bewusst: Verpflichtet, Pflegearbeit zu leisten, zentriert sie ihre Aufmerksamkeit ausbildungsbedingt auf den Patienten. Wenn der Patient für sie ausbildungsbedingt „immer die Hauptperson“<sup>1678</sup> verkörpert, dann läuft sie Gefahr, seinen Angehörigen, die an der Sicherstellung seiner Pflege und Behandlung beteiligt sind, weniger Beachtung zu schenken.<sup>1679</sup>

Die Pflegekraft macht deutlich: Die Verpflichtung zur Pflegearbeit schließt die Verpflichtung zur **Koordinationsarbeit** ein. Im Prozess der Fallauswahl und Fallbearbeitung drängen sich zahlreiche Fragen auf, die die Möglichkeiten und Grenzen einer Sicherstellung der häuslichen Pflege betreffen. Was sind unter den gegebenen Umständen (un)realistische Zielsetzungen? Besteht Bedarf an formeller Pflege? Ist Bedarf an formeller Pflegeberatung gegeben? Sollen technische Pflegehilfsmittel eingesetzt werden? Ist es Aufgabe der Angehörigen, sie zu besorgen? Welche Pflegeleistungen übernimmt die Angehörige? Welche Aufgaben nehmen die Pflegekräfte wahr? Wie werden die im Rahmen der Körperpflege und Wundbehandlung anfallenden Pflegeleistungen vollzogen? Lassen sich die Pflegeleistungen in einer den Vorstellungen der Angehörigen gemäßen Weise vollziehen? Was sind Zeiten informeller Pflege? Was

---

<sup>1677</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1678</sup> EPI 3: 21.

<sup>1679</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.3. und Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

sind Zeiten formeller Pflege? Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung auch in der Interaktion mit der Angehörigen gefordert, Koordinationsarbeit zu leisten.<sup>1680</sup>

Am Beispiel ihres Bemühens, Wunden zu heilen, der Bildung neuer Wunden vorzubeugen, das „Herzrasen“<sup>1681</sup> zu bearbeiten und die am Körper der Patientin wahrgenommenen Schwellungen zu behandeln, verdeutlicht die Pflegekraft: Die Verpflichtung zur Pflegearbeit umfasst auch die Verpflichtung zur **Fehlerarbeit**. Die Pflegekraft ist gefordert, Gefahren für Leib und Leben der Patientin nach Möglichkeit abzuwehren.<sup>1682</sup>

Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht einerseits ein **Recht auf Freizeit**, das sich am Ende des Arbeitstages und am Wochenende realisieren lässt. Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht andererseits ein **Recht auf Arbeitserleichterung**, das sich durch Nutzung technischer Pflegehilfsmittel und persönlicher Hilfestellung verwirklichen lässt.<sup>1683</sup> Deutlich wird erstens: Sich berufsmäßig im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege engagierend, hat die Pflegekraft zwar die Möglichkeit, sich auf ihr Recht zu berufen, sich Arbeitserleichterung durch Einsatz technischer Pflegehilfsmittel zu verschaffen, hat aber weder die Möglichkeit, Patienten oder Angehörige anzuweisen, der Arbeitserleichterung dienende technische Pflegehilfsmittel einzuführen, noch hat sie die Möglichkeit, der Arbeitserleichterung dienende technische Pflegehilfsmittel ohne deren Einwilligung einzuführen. Deutlich wird zweitens: Das Recht auf Arbeitserleichterung lässt sich während eines Pflegeeinsatzes mitunter nicht nur durch Nutzung informeller Hilfe, sondern auch durch Verzicht auf Nutzung informeller Hilfe realisieren. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Die pflegende Angehörige gilt als kompliziert. Sie leistet in der Zeit während der Pflegeeinsätze keine Hilfestellung. Wenn sie in der Zeit während der Pflegeeinsätze persönliche Hilfestellung leisten würde, dann könnte deren Hilfestellung die Arbeit der Pflegekraft zwar in körperlicher Hinsicht erleichtern, aber in seelischer Hinsicht unter Umständen erschweren.

### 3.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Die Pflegekraft weiß: Die pflegende Angehörige hat eine Einladung zu einer Familienfeier erhalten, aber nicht angenommen. Hätte sie an der Familienfeier

---

<sup>1680</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.1.; Kapitel 3.2.2.3.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1681</sup> EPI 3: 30.

<sup>1682</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1683</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

teilgenommen, wäre sie für die Dauer ihrer Teilnahme an der Familienfeier als Pflegeperson ausgefallen. Für die Dauer jener Ausfallzeit wäre das Engagement einer Ersatzperson angezeigt gewesen. Hat die pflegende Angehörige auf die Teilnahme an der Familienfeier verzichtet, hat sie auf eine Möglichkeit, ein Privatleben jenseits der häuslicher Pflege zu führen, und auf eine Möglichkeit, sich von häuslicher Pflege zu erholen, verzichtet.<sup>1684</sup> Die Pflegekraft ist sich bewusst: Pflegende Angehörige haben ein **Recht auf Freizeit**, können es im Kontext häuslicher Pflege jedoch nur begrenzt realisieren. Haben Angehörige ein **Recht auf die eigene „Art“**<sup>1685</sup>? Die Pflegekraft macht deutlich: Sie hat die Behandlung, die sie seitens der pflegenden Angehörigen erfahren hat, als unhöflich erlebt. Sie hat sich durch deren Unhöflichkeit verletzt gefühlt und hat sich deren Unhöflichkeit mit deren Art erklärt. Mit der Wahl jener Erklärung hat sie das Gefühl eigener Verletztheit gemindert, nicht aber überwunden. Anzunehmen ist: Aus Sicht der Pflegekraft wird das Recht eines Angehörigen, sie mit der ihm eigenen Art zu behandeln, durch ihren Anspruch begrenzt, mit Höflichkeit behandelt zu werden<sup>1686 1687</sup>. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Im Anschluss an den ersten Krankenhausaufenthalt sollte die Pflege der Patientin im häuslichen Kontext fortgesetzt werden. Nicht der Krankenhaussozialdienst, sondern die Angehörige hat mit der Stadtverwaltung Kontakt aufgenommen, um den gemeindlichen Pflegedienst zu verständigen.<sup>1688</sup> Naheliegend ist die Vermutung: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen verpflichtet, an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** mitzuwirken.

- Die Pflegekraft hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen sie unter Umständen um Unterstützung bitten. Sie weiß: Sie ist gefordert, über eine **Bitte um formelle Unterstützung** nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden, nicht nach persönlichem Belieben. Sie hegt vermutlich auch den Anspruch: Wenn Angehörige sie um Unterstützung bitten, dann sollen sie Versuche der Einflussnahme durch Bestechungsversuche unterlassen.<sup>1689</sup>
- Die Pflegekraft unterhält ferner vermutlich den Anspruch: Wenn sie Pflegeleistungen erbringt, dann sollen Angehörige es unterlassen, zu versuchen, durch Belehrungsversuche Einfluss auf die Art und Weise des Leistungsvollzugs

<sup>1684</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1685</sup> Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>1686</sup> vgl.: EPI 3: 14.

<sup>1687</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1688</sup> siehe Kapitel 3.2.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1689</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



zu nehmen. Sie sollen ihr weder eine „Anleitung“<sup>1690</sup> für die Hilfe beim Waschen geben<sup>1691</sup>, noch sollen sie ihr eine „Anweisung“<sup>1692</sup> für die Wundbehandlung erteilen<sup>1693 1694</sup>.

Anzunehmen ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen auch gefordert, sich an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen und vorrangig vor formeller Pflege informelle Pflege zu leisten.<sup>1695</sup> Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Angehörige sollen unter Umständen Pflegeleistungen übernehmen, die auch Personen ausführen könnten, die keine Pflegeausbildung besitzen. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft zählt die Körperpflege eines Patienten, dessen körperliche Mobilisation und die Wundbehandlung zu jenen Pflegeleistungen, die Angehörige teils ohne Anleitung, teils nach Anleitung theoretisch übernehmen könnten. Haben Angehörige eine Anleitung erhalten, sollen sie aus Sicht der Pflegekraft informelle Pflege gemäß formeller Pflegeberatung leisten. Die seitens der Pflegekraft gehegten Ansprüche an informelle Pflege betreffen vermutlich nicht nur **informelle Pflegeleistungen**, sondern auch **Zeiten informeller Pflege**.

- Anzunehmen ist: Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen verpflichtet, in Zeiten **zwischen** den regulären Einsatzzeiten des Personals Pflege zu leisten. Soweit die Pflegekraft es als nötig und möglich erachtet, sollen Angehörige die Pflege am Wochenende übernehmen.<sup>1696</sup>
- Sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft auch verpflichtet, in Zeiten **während** der Einsätze des Personals Hilfestellung zu leisten? Zu vermuten ist: Sofern die Pflegekraft es als nötig und möglich betrachtet, sollen Angehörige ihr beispielsweise während eines Duscheinsatzes behilflich sein.<sup>1697</sup>

Unterhält die Pflegekraft in Sachen informeller Pflege auch Ansprüche an die **Wahl der familiären Pflegeperson**?<sup>1698</sup> Welche Angehörigen sollen nach Ansicht der Pflegekraft informelle Pflege leisten? Nicht auszuschließen ist, dass die Pflegekraft es eher als

---

<sup>1690</sup> EPI 3: 4.

<sup>1691</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1692</sup> ebd.: 24.

<sup>1693</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>1694</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1695</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1696</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2. und Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1697</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1698</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Aufgabe eines Angehörigen weiblichen Geschlechts denn als Aufgabe eines Angehörigen männlichen Geschlechts betrachtet, eine pflegende Angehörige im Bedarfsfall zu vertreten.

### 3.4.1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Niemand ist davor gefeit, versehentlich einen **Fehler** zu machen: auch die Pflegekraft nicht. Die Pflegekraft ist gefordert, **Fehlermöglichkeiten** in Rechnung zu stellen. Sie weiß um die Heterogenität der Fehlermöglichkeiten. Die Pflegekraft kann jederzeit aus Versehen einen **Deutungsfehler** begehen. Deutungsfehler können Handlungsfehler zur Folge haben. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, versehentlich Deutungsfehler zu begehen. Der **Wunsch nach formeller Unterstützung** ist als interpretationsbedürftige Größe anfällig für Deutungsfehler. **V23** Deutlich wird: Auf Seiten der zu pflegenden Person lässt sich der Wunsch nach formeller Unterstützung im Rahmen der Körperpflege wahrnehmen. Ist jener Wunsch Ausdruck fehlender Fähigkeit zur Selbsthilfe oder Ausdruck fehlender Bereitschaft zur Selbsthilfe? Lässt er auf ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene, auf ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext oder auf ein Bedürfnis nach sozialer Bindung schließen? Auch der **Bedarf an formeller Unterstützung** ist als interpretationsbedürftige Größe anfällig für Deutungsfehler.<sup>1699</sup>

- Deutlich wird: Die Pflegekraft ist gefordert, die körperliche Beweglichkeit der rheumakranken Patientin einzuschätzen, um den Pflegebedarf im Rahmen der Körperpflege zu bestimmen. Überschätzung und Unterschätzung der körperlichen Beweglichkeit sind denkbare Fehler. Überschätzung des Pflegebedarfs im Falle einer Unterschätzung der körperlichen Beweglichkeit und Unterschätzung des Pflegebedarfs im Falle einer Überschätzung der körperlichen Beweglichkeit sind denkbare Fehlerfolgen.
- Deutlich wird ferner: Die Pflegekraft ist gefordert, den Körper der multimorbiden Patientin zu beobachten und wahrnehmbare Symptome zu deuten. Besteht medizinischer Behandlungsbedarf? Bedarf es ärztlicher Intervention, um eine Diagnose zu erstellen und um über das Behandlungsverfahren zu entscheiden?

---

<sup>1699</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Unterschätzung des ärztlichen Interventionsbedarfs ist ein Fehler, der sich für einen Patienten als folgenschwer erweisen kann.

Die **Belastung von Angehörigen** und die **Belastung von Familienbeziehungen** sind als interpretationsbedürftige Größen ebenfalls anfällig für Deutungsfehler.<sup>1700</sup> Die Pflegekraft hat im Rahmen der Pflegeeinsätze bestenfalls begrenzte Möglichkeiten, Einblicke in das Familienleben zu gewinnen und Einblicke in das Leben einzelner Familienmitglieder zu erhalten. Die Pflegekraft ist sich nach eigener Aussage erst im Verlauf der Fallbearbeitung der Konfliktrichtigkeit ausgewählter Familienbeziehungen bewusst geworden. Die Pflegekraft hat nach eigenen Angaben durch Kommunikation mit der pflegenden Angehörigen erfahren: Die Beziehung zwischen der Patientin und der pflegenden Angehörigen ist zum Leidwesen der pflegenden Angehörigen durch ein Dominanzstreben der Patientin geprägt. Jenes Dominanzstreben kennzeichnet sowohl die gemeinsame Vergangenheit als auch die gemeinsame Gegenwart beider Familienmitglieder. Hat die Pflegekraft nur begrenzte Möglichkeiten, Einblicke in das Familienleben zu gewinnen und Einblicke in das Leben einzelner Familienmitglieder zu erhalten, hat sie allenfalls begrenzte Möglichkeiten, Belastungspotentiale zu erfassen. Das bedeutet: Es besteht jederzeit die Möglichkeit, Belastungen von Angehörigen und Belastungen von Familienbeziehungen falsch einzuschätzen. Die Pflegekraft hat nach eigener Darstellung **Fehler als Faktum** erlebt. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Die Pflegekraft hat nicht nur fremde Fehler,<sup>1701</sup> sondern auch eigene Fehler wahrgenommen. Die Pflegekraft hat versehentlich selber sowohl Deutungsfehler als auch Handlungsfehler begangen.

- Die Pflegekraft ist sich bewusst gewesen, dass sie gefordert ist, Pflegearbeit im Kontext eines trilateralen Beziehungsgeflechts zu leisten. Deutlich wird: Die Pflegekraft ist sich anfänglich nicht bewusst gewesen, dass eine zentrale Beziehung innerhalb jenes Beziehungsgeflechts, die Beziehung zwischen Patientin und pflegender Angehöriger, konfliktrichtig ist, dass die Konflikthaftigkeit jener Beziehung in einem in jener Beziehung wirksamen Dominanzstreben der Patientin begründet liegt und dass die Angehörige Forderungen nach individueller Selbsthilfe der Patientin wider jenes Dominanzstreben schwerlich durchzusetzen vermag (Deutungsfehler).<sup>1702</sup>

---

<sup>1700</sup> siehe Kapitel 3.2.1.1.; Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1701</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2. und Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1702</sup> siehe Kapitel 3.2.1.1.; Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

- Die Pflegekraft verdeutlicht, den Fehler begangen zu haben, die körperliche Beweglichkeit der Patientin zu unterschätzen, den Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege zu überschätzen (Deutungsfehler) und die Patientin im Rahmen der Pflegearbeit zu unterfordern (Handlungsfehler). Die Pflegekraft verdeutlicht ferner, durch jenen Fehler das Konfliktpotential in der Koordinationsarbeit unbeabsichtigter Weise erhöht zu haben: Jener Fehler hat auf Seiten der Angehörigen die Vorwurfshaltung genährt, die Pflegekraft lasse es bei der Forderung nach individueller Selbsthilfe der Patientin an Resolutheit fehlen.<sup>1703</sup>
- Die Pflegekraft macht ferner deutlich: Schwellungen am Körper der Patientin deutend, hat sie den Fehler begangen, den ärztlichen Interventionsbedarf zu unterschätzen (Deutungsfehler) und Pflegearbeit zu verrichten, anstatt zwecks Verständigung des Hausarztes Koordinationsarbeit zu leisten (Handlungsfehler). Die Pflegekraft hat auch durch jenen Fehler das Konfliktpotential in der Koordinationsarbeit unbeabsichtigter Weise erhöht. Die Pflegekraft hat vermutlich befürchtet: Wenn die Angehörige um jenen Fehler weiß, dann bezichtigt die Angehörige sie, einen für die Patientin folgeschweren Fehler begangen zu haben.<sup>1704</sup>

### 3.4.2. Handlungsziele

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft ist bestrebt gewesen, nach Möglichkeit zur Sicherung der **Lebensqualität** auf Seiten der Patientin beizutragen. Der Patientin soll ermöglicht werden, solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Die Pflegekraft verweist auf zwei Gefährdungspotentiale. Sie verdeutlicht erstens: Der Zustand der Patientin kann jederzeit von einer Phase der Zustandsverbesserung in eine Phase der Zustandsverschlechterung umschlagen. Die Patientin kann jederzeit in einen offensichtlich bedrohlichen Zustand geraten.<sup>1705</sup> Die Patientin kann sich ferner jederzeit in einem nicht offensichtlich bedrohlichen Zustand befinden.<sup>1706</sup> Sie macht zweitens deutlich: Das familiäre Engagement ist gefährdet. Sie ist der Auffassung: Trotz der Belastung durch die häusliche Pflege und die konflikträchtigen Familienbeziehungen besteht zwar **nicht** die **Gefahr eines Abbruchs der informellen Pflege**. Es besteht keine Veranlassung an der Bereitschaft der pflegenden Angehörigen zu zweifeln, die

<sup>1703</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1704</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1705</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1706</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

häusliche Pflege fortzusetzen. Aber wegen der Belastung durch die häusliche Pflege besteht erhöhte **Gefahr eines Ausfalls der pflegenden Angehörigen**. Zu unterstellen ist: Die pflegende Angehörige kann jederzeit erkranken und krankheitsbedingt ausfallen. Die pflegende Angehörige kann auch jederzeit einen Arbeitsunfall erleiden und unfallbedingt ausfallen.<sup>1707</sup> Wenn es in einer Phase **ohne** extrem hohen Pflegebedarf zu einem Ausfall der familiären Pflegeperson kommt, dann droht dem Pflegepersonal möglicherweise Mehrarbeit. Wenn es hingegen in einer Phase **mit** extrem hohem Pflegebedarf zu einem Ausfall der familiären Pflegeperson kommt, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege gefährdet.

Zu unterstellen ist das Bestreben der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern<sup>1708</sup>: Sicherheit für Leib und Leben der Patientin soll möglichst gewährleistet werden. Eine Verschlechterung des körperlichen Zustands der Patientin soll möglichst vermieden werden. Der körperliche Zustand der Patientin soll nach Möglichkeit verbessert werden. Körperliche Beweglichkeit und Selbständigkeit beim Vollzug der Körperpflege sollen soweit wie möglich wiederhergestellt werden. Die Schmerzen der Patientin sollen nach Möglichkeit gelindert werden. Wundheilung soll möglichst erreicht werden. Die Bildung neuer Wunden soll möglichst vermieden werden. Zu unterstellen ist ferner das Bestreben der Pflegekraft, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern: Nach Möglichkeit soll nicht nur die Arbeitskraft auf Seiten des Pflegepersonals, sondern auch die Arbeitskraft auf Seiten der pflegenden Angehörigen gewahrt werden. Der pflegenden Angehörigen soll soweit wie möglich Entlastung geboten werden. Soll der Angehörigen **Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen** geboten werden? Deutlich wird: Wenn das Pflegepersonal Pflegeeinsätze übernimmt, dann bürdet es der Angehörigen die Verrichtung körperlich schwerer Pflegearbeiten nicht alleine auf. Wenn die Pflegekraft es unterlässt, die Angehörige während eines Pflegeeinsatzes als Zweitkraft einzubinden, dann bietet sie ihr für die Dauer jenes Pflegeeinsatzes pflegefreie Zeit.<sup>1709</sup> Sollen der Angehörigen zusätzlich **Entlastungsmöglichkeiten durch Beratungsleistungen** eröffnet werden? Deutlich wird: Wenn die Pflegekraft die Angehörige im Rahmen der Pflegeberatung auf Möglichkeiten hinweist, sich durch formelle und informelle Kurzzeitpflege für die Dauer eines Wochenendes oder Urlaubs vertreten zu lassen, dann macht sie die Angehörige auf Entlastungsmöglichkeiten aufmerksam, die das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes seinerseits nicht zu bieten vermag.<sup>1710</sup> Soll der Angehörigen auch **Entlastung durch technische Pflegehilfsmittel** geboten werden? Die Pflegekraft hat die Angehörige nach eigener

<sup>1707</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1708</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2.; Kapitel 3.2.2.3; Kapitel 3.2.2.5.1 und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1709</sup> siehe Kapitel 3.2.2.3. und Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1710</sup> siehe Kapitel 3.2.2.3. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Aussage über Möglichkeiten aufgeklärt, sich Entlastung durch technische Pflegehilfsmittel zu verschaffen.<sup>1711</sup> Ein Krankenhausbett mit „Betthalter“<sup>1712</sup> hätte beiden pflegenden Parteien, der pflegenden Angehörigen und dem Pflegepersonal, zu einer Arbeitserleichterung verholfen. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat sich entschieden, die körperliche Mobilisierbarkeit der Patientin zu prüfen, bevor sie für jenes der Arbeitserleichterung dienende technische Pflegehilfsmittel plädiert. Sie hat unterstellt: Wenn die körperliche Mobilisation der Patientin gelingt, dann erfahren beide pflegenden Parteien, die pflegende Angehörige und das Pflegepersonal, Entlastung. Sie hat registriert: Die Arbeit an der körperlichen Mobilisierung der Patientin ist schwerer als vermutet. Mobilisierungserfolge lassen auf sich warten. Daraufhin hat sie, vermutlich mit Einwilligung der Angehörigen, eine Verleihaktion gestartet, die sie aber aufgrund des Widerstands der Patientin hat beenden müssen. Nach Aussage der Pflegekraft hat sich jenes der Arbeitserleichterung dienende technische Pflegehilfsmittel wegen des Widerstands der Patientin nur einen Tag nutzen lassen. Zu vermuten ist ferner: Nach jenem gescheiterten Versuch, den pflegenden Parteien Arbeitserleichterung durch jenes technische Pflegehilfsmittel zu verschaffen, ist passiert, was die Pflegekraft hat verhindern wollen. Es ist zu einer Schädigung von Arbeitskraft gekommen. Sie selber hat einen Schaden erlitten. Die pflegende Angehörige hätte allerdings gleichfalls Schaden nehmen können. Anzunehmen ist: Nachdem sich Mobilisierungserfolge haben erzielen lassen, haben die pflegenden Parteien eine Entlastung erlebt.

Die Pflegekraft hat sich nach eigener Darstellung gefordert gesehen, mit einer Angehörigen zu interagieren, die „unheimlich fordernd und resolut“<sup>1713</sup> aufgetreten ist, die ihr bei der ersten Begegnung zu Unrecht vorgeworfen hat, einen Fehler begangen zu haben, und die bei nachfolgenden Begegnungen wiederholt versucht hat, sie zu belehren.<sup>1714</sup> Sie hat sich nach eigenen Angaben entschieden, nach Möglichkeit „Theater“<sup>1715</sup> mit jener Angehörigen zu vermeiden. Sie ist bestrebt gewesen, die **Qualität des Arbeitsklimas** nicht unnötig zu gefährden.<sup>1716</sup> Sie hat sich nach eigener Aussage bemüht, der Angehörigen Einblick in Zielsetzungen ambulanter Pflege zu geben, ohne Hoffnungen zu wecken, deren Erfüllung sie nicht garantieren kann. Sie hat sich nach eigenem Bekunden auch bemüht, die Angehörige über Regeln für Personaleinsätze aufzuklären. Sie ist vermutlich darauf bedacht gewesen, der Angehörigen zu verstehen

---

<sup>1711</sup> siehe Kapitel 3.2.2.3.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1712</sup> EPI 3: 9.

<sup>1713</sup> ebd.: 13.

<sup>1714</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1715</sup> EPI 3: 24.

<sup>1716</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.2.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

zu geben, dass Entscheidungen für oder wider Personaleinsätze nicht persönlich, sondern sachlich begründet sind.

### 3.4.3. Handlungsstrategien

#### 3.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat, das formelle Pflegeprogramm einrichtend, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **begrenzt**.<sup>1717</sup> Sie hat die Arbeitszeiten sowie die Arbeitsleistungen des Personals beschränkt: Sie hat fünfundvierzig Minuten Zeit pro Einsatz reserviert. Sie hat jene Einsatzzeit erstens für jeweils einen Einsatz pro Einsatztag vorgemerkt: für einen Einsatz zur Vormittagszeit. Sie hat jene Einsatzzeit zweitens an allen regulären Einsatztagen (montags bis freitags) freigehalten. Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen (Hilfe beim Waschen, Hilfe beim Aufrichten im Bett, Hilfe beim Verlassen des Bettes) im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: Sie hat pflegenahen Beratungsleistungen, pflegenahen Betreuungsleistungen (Konversation mit der Patientin) und pflegenahen Hausarbeiten (Richten des Bettes) im Verlauf eines Pflegeeinsatzes teils zeitgleich, teils zeitversetzt zu Pflegeleistungen erbracht.<sup>1718</sup> Sie hat auch die Personalmenge pro Einsatz beschränkt: Sie hat normalerweise ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz eingeplant. Am Ende ausgewählter Einsätze hat sie zwei Belegschaftsmitglieder gleichzeitig Pflege leisten lassen.

Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat sich bemüht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals auf ein aus ihrer Sicht **rechtes Maß** zu begrenzen.<sup>1719</sup> Ihre Aufmerksamkeit auf den Auftrag richtend, bedingt Pflegearbeit zu leisten, hat sie **Bedarfsprüfungen** vorgenommen. Sie hat sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit geprüft, formelle Pflege zu leisten. Sie ist vermutlich zu der Auffassung gelangt: Es ist sowohl nötig als auch möglich, Pflegeeinsätze zur Vormittagszeit einzurichten. Es ist möglich, aber unter den gegebenen Umständen unnötig Pflegeeinsätze am Wochenende durchzuführen. Es ist auf Dauer unmöglich, Pflegeeinsätze von mehrstündiger Dauer einzuführen. Die Pflegekraft ist vermutlich bemüht gewesen, das Pflegepersonal **nur soweit** in der Pflegearbeit einzusetzen, wie sie es als **nötig und möglich** erachtet hat. Naheliegend ist die Vermutung: Die

---

<sup>1717</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1718</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.2.; Kapitel 3.2.2.5.3. und Kapitel 3.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1719</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.2.; Kapitel 3.2.2.4. und Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegekraft hat im Verlauf der Fallbearbeitung für eine **kontinuierliche** Bedarfsprüfung gesorgt. Bedarfsprüfung und Pflegearbeit im Rahmen der Pflegeeinsätze kombinierend, hat sie beständig die Notwendigkeit und Möglichkeit geprüft, **Veränderungen am formellen Pflegeprogramm** vorzunehmen. Die Pflegekraft verdeutlicht, im Verlauf der Fallbearbeitung keine Veranlassung gesehen zu haben, die Pflegezeiten dauerhaft auszudehnen: weder die Pflegezeiten gemessen an der Anzahl der Einsatztage pro Woche, noch die Pflegezeiten gemessen an der Anzahl der Einsätze pro Tag, noch die Pflegezeiten gemessen an der Zeit pro Einsatz. Die Pflegekraft hat sich nach eigener Aussage lediglich veranlasst gesehen, die Pflegezeit, die sie normalerweise für einen Pflegeeinsatz reserviert hat, zwecks Bearbeitung des Herzrasens außerplanmäßig auszudehnen und anderthalb Stunden auf das Eintreffen des Hausarztes zu warten<sup>1720</sup>.<sup>1721</sup> Die Pflegekraft hat, denkbare Fallentwicklungen antizipierend, Vorstellungen über denkbare Verläufe der Fallbearbeitung entwickelt. Sie hat nach eigener Darstellung weder den begrenzten Ausbau von Pflegezeiten (Erhöhung der Anzahl der Einsätze pro Einsatztage), noch den begrenzten Abbau von Pflegezeiten (Kürzung der Anzahl der Einsatztage pro Woche) ausgeschlossen.<sup>1722</sup>

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat nicht nur selber Pflege geleistet, sondern hat auch Pflege leisten lassen. Sich der Strategie des Personalwechsels bedienend, hat sie formelle Pflege leisten lassen.<sup>1723</sup> Sie hat auch informelle Pflege leisten lassen.<sup>1724</sup> Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Ein ausgewähltes Familienmitglied, die im Haushalt lebende Tochter, hat sich im Verlauf der Fallbearbeitung nicht nur an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Jenes Familienmitglied hat im Verlauf der Fallbearbeitung nicht in der Zeit während der Pflegeeinsätze, sondern in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen informelle Pflegeleistungen erbracht. Formelle und informelle Pflege sind somit zeitversetzt geleistet worden. Die Pflegekraft hat sich auf den **Vorrang informeller Pflege** gestützt: nicht in der Zeit während der Pflegeeinsätze, sondern in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen. Sie hat den Vorrang informeller Pflege in der Zeit während der Pflegeeinsätze aufgehoben: Sie ist zwar gefordert gewesen, körperlich schwere Pflegearbeit zu verrichten, hat die Angehörige aber als Zweitkraft bei Pflegeeinsätzen ausgegrenzt. Die Pflegekraft hatte nach eigener Aussage den Plan gefasst, im Verlauf ausgewählter Pflegeeinsätze fortan auf den Vorrang informeller Pflege zu bauen. Sie hatte nach eigenen Angaben geplant, die Angehörige bei künftigen

---

<sup>1720</sup> vgl.: EPI 3: 32.

<sup>1721</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1722</sup> siehe Kapitel 3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1723</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1724</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.



Duscheinsätzen als Zweitkraft einzubinden, um sich körperliche Entlastung durch deren Engagement zu verschaffen. Die geplante Verfahrensänderung hat sich nach Auskunft der Pflegekraft angesichts des Laufs der Dinge (Tod der Patientin) nicht mehr verwirklichen lassen.<sup>1725</sup> Die Pflegekraft hat vermutlich versucht, die Angehörige an der Pflegearbeit zu beteiligen, **soweit** sie deren Beteiligung als **nötig und möglich** betrachtet hat.

Die Ausführungen der Pflegekraft lassen ferner vermuten: Sie hat die pflegende Angehörige nicht nur informelle Unterstützung leisten lassen, sondern hat der pflegenden Angehörigen in begrenztem Umfang auch formelle Unterstützung gewährt. Einerseits hat sie formelle Pflege geleistet und hat die familiäre Pflegeperson maximal für die Dauer eines Pflegeeinsatzes von (alleiniger) informeller Pflege freigestellt. Andererseits hat sie die Pflege der Patientin im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit der Beratung der pflegenden Angehörigen kombiniert, sofern sie deren Beratung als nötig und möglich eingeschätzt hat.<sup>1726</sup>

### 3.4.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Anzunehmen ist: **Koordinationsarbeit** leistend, hat die Pflegekraft die Aufmerksamkeit auf den Auftrag gerichtet, bedingt Pflegearbeit zu leisten. Sie hat nach eigener Darstellung nicht nur in der Interaktion mit der Patientin, sondern auch in der **Interaktion mit der Angehörigen** Koordinationsarbeit geleistet. Mit der Angehörigen interagierend, hat sie nach eigenen Angaben sowohl im Prozess der Fallauswahl als auch im Prozess der Fallbearbeitung Koordinationsleistungen erbracht.<sup>1727</sup> Sie hat **kommunikative Leistungen der Angehörigen** in Prozessen, in denen sie sich gefordert gesehen hat, Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm zu fällen, vermutlich bedingt beachtet. Sie hat im Prozess der Fallauswahl nach eigener Darstellung zwar zeitnah auf deren Bitte um formelle Unterstützung reagiert, hat sich eigenem Bekunden nach aber mit deren Vorwurf konfrontiert gesehen, eine zeitnahe Reaktion unterlassen zu haben. Anzunehmen ist: Sie hat sich im Verlauf des Erstbesuches zunächst um Aufklärung bemüht, um die Qualität des Arbeitsklimas zu sichern. Anzunehmen ist ferner: Jenem Aufklärungsversuch hat sie im Verlauf des Erstbesuches eine erste Bedarfsprüfung folgen lassen. Vermutlich bemüht, sich nicht von persönlichen Gefühlen leiten zu lassen, hat sie zeitnah ermittelt, ob sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit besteht,

---

<sup>1725</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1726</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1727</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

formelle Pflege zu leisten.<sup>1728</sup> Nach eigener Aussage hat sie sich im Prozess der Fallbearbeitung gefordert gesehen, auf deren „Anleitung“<sup>1729</sup> zur Hilfe beim Waschen<sup>1730</sup> und auf deren „Anweisung“<sup>1731</sup> zur Wundbehandlung<sup>1732</sup> zu reagieren. Anzunehmen ist: Sie hat sich als Pflegekraft durch eine Person belehrt gesehen, die keine Pflegeausbildung besitzt. Anzunehmen ist ferner: Sie hat zwar Verärgerung verspürt, ist aber weiterhin bemüht geblieben, sich nicht von persönlichen Gefühlen leiten zu lassen, und hat zeitnah geprüft, ob ein dem Willen der Angehörigen gemäßer Vollzug von Pflegeleistungen fachlich zu verantworten ist.<sup>1733</sup>

Die Pflegekraft hat auf Basis eigener Bedarfsprüfungen gefällte **Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm** in der Kommunikation mit der Angehörigen vermutlich als Kommunikationsthema gewählt, soweit sie selber es als opportun betrachtet hat. Zu unterstellen ist: Sie hat der Angehörigen ablehnende Entscheidungen, d.h. die Entscheidung gegen die Übernahme des Wochenenddienstes und die Entscheidung gegen zwei Pflegeeinsätze pro Einsatztag, nicht nur unverzüglich **mitgeteilt**, sondern auch **erläutert**.<sup>1734</sup> Ablehnende Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm erläuternd, hat sie nach eigenen Angaben auf **Bedingungen formeller Pflege** verwiesen. Hat sie der Angehörigen auch Einblick in **Zielsetzungen formeller Pflege** geboten? Sie hat der Angehörigen nach eigener Aussage versprochen, sie versuche, auf Seiten der Patientin relative Selbständigkeit beim Vollzug ausgewählter, im Rahmen der Alltagsbewältigung anfallender Aktivitäten wiederherzustellen<sup>1735</sup>. Zu unterstellen ist: Sie hat nicht die Zielerreichung, sondern die Arbeit an der Zielerreichung versprochen.<sup>1736</sup> Hat sie der Angehörigen auch versprochen, sie werde versuchen, sie durch Einsatz technischer Pflegehilfsmittel und durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu entlasten? Möglich ist: Sie hat es der Angehörigen überlassen, von Entlastung als erlebter Handlungsfolge auf Entlastung als gewähltes Handlungsziel zu schließen.

Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat in der Interaktion mit der Angehörigen nicht nur über **formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals**, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert. Soweit sie es für opportun gehalten hat, hat sie der Angehörigen vermutlich Hinweise auf Ansprüche gegeben, die sie hinsichtlich der Gewährung informeller Unterstützung hat. Sie hat der Angehörigen nach eigenen Angaben signalisiert, dass es deren Aufgabe ist, sich an der

---

<sup>1728</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1729</sup> EPI 3: 4.

<sup>1730</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1731</sup> ebd.: 24.

<sup>1732</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>1733</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1734</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1735</sup> vgl.: EPI 3: 11.

<sup>1736</sup> siehe Kapitel 3.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

**Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen, indem sie in der Zeit zwischen den Einsätzen des Personals anfallende Pflegeleistungen zu übernimmt: die Pflege am Wochenende und die körperliche Mobilisation der Patientin.<sup>1737</sup> Sie hat der Angehörigen nach eigener Aussage ebenfalls signalisiert, dass es deren Aufgabe ist, fortgesetzt an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** mitzuwirken, indem sie ausgewählte Pflegehilfsmittel beschafft und sich um die Reorganisation der krankengymnastischen Behandlung kümmert.<sup>1738</sup> Sie hat der Angehörigen nach eigener Darstellung den Versuch unterstellt, das Pflegepersonal zu bestechen. Der Angehörigen einen **Bestechungsversuch** unterstellend, hat sie sie zugleich verdächtigt, dem Pflegepersonal Bestechlichkeit zu unterstellen. Wie hat die Pflegekraft auf den unterstellten Bestechungsversuch reagiert?

- Naheliegend ist die Vermutung: Die Pflegekraft hat, mit der Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, zwar die verbale Kommunikation über den Anspruch gesucht, Angehörige sollen es unterlassen, dem Pflegepersonal Geldgeschenke zu machen. Sie hat die eigene Unterstellung, die Angehörige startet einen Bestechungsversuch, in der Kommunikation mit der Angehörigen aber nicht offengelegt. Sie hat wahrscheinlich befürchtet: Aufklärung über jene Unterstellung zu leisten, trägt zu einer Verschlechterung des Arbeitsklimas bei.
- Die Pflegekraft hat es im Gespräch mit der Angehörigen nach eigener Aussage dankend abgelehnt, das ihr zugedachte Geldgeschenk anzunehmen. Nach eigener Auskunft hat sie der Angehörigen die Ablehnung unter Hinweis auf den Dienstvertrag erläutert<sup>1739</sup>. Die Angehörige ist möglicherweise zu der Annahme gelangt: Die Pflegekraft unterstellt ihr keineswegs den Versuch einer zukunftsorientierten Bestechung, sondern allenfalls den Versuch einer vergangenheitsorientierten Danksagung.<sup>1740</sup>

Die Pflegekraft hat der Angehörigen eigenem Bekunden nach wiederholt unterstellt: Die Angehörige versucht, sie als Pflegekraft zu belehren. Wie hat die Pflegekraft auf die unterstellten **Belehrungsversuche** reagiert? Anzunehmen ist: Sie hat die eigene Unterstellung, die Angehörige startet Belehrungsversuche, in der Kommunikation mit der Angehörigen nicht offengelegt. Sie hat wahrscheinlich wiederum die Befürchtung gehabt: Aufklärung über jene Unterstellung zu leisten, hat eine Verschlechterung des

<sup>1737</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1738</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1739</sup> vgl.: EPI 3: 14.

<sup>1740</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Arbeitsklimas zur Folge. Aus Sicht der Pflegekraft ist die Wundbehandlung nicht nur Bezugspunkt von Belehrungsversuchen gewesen, die die Angehörige veranstaltet hat, sondern auch Bezugspunkt von Beratungsversuchen, die sie selber unternommen hat. Die Pflegekraft hat sich nach eigenen Angaben wiederholt veranlasst gesehen, Beratung zur Wundbehandlung zu leisten. Nach eigener Aussage hat sie wiederholt den Widerstand der Angehörigen gegen eine beratungsgemäße Wundbehandlung erlebt.<sup>1741</sup> Anzunehmen ist: Jener Widerstand gegen die formelle Pflegeberatung hat zur Verärgerung der Pflegekraft beigetragen.<sup>1742</sup> Wie ist die Pflegekraft verfahren?

- Zu vermuten ist: Sofern sie der Auffassung gewesen ist, dass ein dem Willen der Angehörigen gemäßes Verfahren der Wundbehandlung keine Gefährdung für die Qualität der Pflegearbeit darstellt, hat sie den Beratungsversuch beendet, hat die Angehörige auf deren Weise informelle Wundbehandlung leisten lassen und hat die Praxis formeller Wundbehandlung der Praxis informeller Wundbehandlung angepasst.
- Ist sie hingegen zu der Auffassung gelangt, dass ein dem Willen der Angehörigen gemäßes Verfahren der Wundbehandlung die Qualität der Pflegearbeit gefährdet, hat sie den Beratungsversuch vermutlich fortgesetzt. Zu unterstellen ist: Sie hat sich bemüht, die Angehörige zu überzeugen, dass das aus fachlicher Sicht präferierte Verfahren zwecks Qualitätssicherung sowohl im Rahmen formeller Wundbehandlung als auch im Rahmen informeller Wundbehandlung einzusetzen ist.

Anzunehmen ist: In der Interaktion zwischen der Pflegekraft und der Angehörigen ist es zu **Koordinationsproblemen** gekommen. **Erklärungsmöglichkeiten** lassen sich sowohl auf Seiten der Angehörigen, als auch auf Seiten der Pflegekraft ausmachen. Möglich ist erstens: Die Angehörige hat sich für das Wohlergehen ihrer Mutter verantwortlich gefühlt. In dem Bemühen, deren Wohlergehen zu sichern, hat sie in der Interaktion mit der Pflegekraft ein resolutes Auftreten gewählt. Jenes resolute Auftreten hat zwar zur Verärgerung der Pflegekraft beigetragen, aber die Pflegekraft hat es unterlassen, der Angehörigen jene gefühlsmäßige Folge jenes Auftretens kommunikativ zu enthüllen. Möglich ist zweitens: Nicht nur die Angehörige, sondern auch die Pflegekraft hat sich für das Wohlergehen der Patientin verantwortlich gefühlt. Das Gefühl der Pflegekraft, in erster Linie für die Patientin und deren Wohlergehen verantwortlich zu

---

<sup>1741</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1742</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

sein, ist ein Ausfluss der Pflegeausbildung.<sup>1743</sup> Denkbar ist: Jene Konzentration der Aufmerksamkeit auf das Patientenwohl hat auf Seiten der Angehörigen ein Gefühl der Kränkung genährt, aber die Angehörige hat es unterlassen, der Pflegekraft die gefühlsmäßige Folge jenes Handelns kommunikativ zu vermitteln. Nicht auszuschließen ist: Sowohl Gefühle der Angehörigen als auch Gefühle der Pflegekraft, Gefühle von Verärgerung und Kränkung, haben die Koordination erschwert. Wechselseitig nicht kommunizierte Gefühlslagen können sich als zusätzliches Koordinationshindernis erweisen.

### 3.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat mit Blick auf den Auftrag, bedingt Pflegearbeit zu verrichten, **Fehlerarbeit** geleistet. Sie hat vermutlich versucht, Fehler zu vermeiden. Anzunehmen ist: Sie hat in Prozessen der Bedarfsbestimmung an der **Vermeidung eigener Deutungsfehler** gearbeitet. Sie hat, mit ausgewählten Familienmitgliedern interagierend, fortlaufend nicht nur **verbale Daten** sondern auch **Beobachtungsdaten** gewonnen. Die Patientin untersuchend, hat sie etwa Gesichtsblässe und Schwellungen festgestellt. Die sich waschende Patientin beobachtend, hat sie das Ausmaß der Fähigkeit zu selbständiger Körperpflege gesehen<sup>1744</sup>.<sup>1745</sup> Sie hat mithin sowohl fremde Kommunikationsleistungen, als auch eigene Beobachtungsleistungen in die Bedarfsbestimmung einfließen lassen. Wie ist sie im Prozess der Bestimmung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen verfahren? Sie verdeutlicht: Um die Fähigkeit der Patientin einzuschätzen, sich selbständig zu waschen, hat sie ein differenziertes Beurteilungsschema gewählt, das die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit zu selbständigem Waschen unterschiedlicher Körperpartien (Oberkörper, Unterkörper) lenkt. Sie hat vermutlich sowohl die Unterschätzung als auch die Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen zu vermeiden gesucht. Naheliegend ist die Vermutung: Sie zieht im Zweifelsfall eine Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen einer Unterschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen vor. Naheliegend ist auch die Vermutung: In Prozessen der Bestimmung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen unterstellt sie im Zweifelsfall die Überlegenheit eigener Beobachtungsdaten über verbale Daten, die der Kommunikation mit Patienten

---

<sup>1743</sup> siehe Kapitel 3.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1744</sup> vgl.: EPI 3: 18.

<sup>1745</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

entstammen.<sup>1746</sup> Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat nicht nur an der Vermeidung eigener Deutungsfehler, sondern auch an der **Vermeidung eigener Handlungsfehler** gearbeitet. Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat Pflegeleistungen im Rahmen des Pflegeeinsatzes abgebaut, nicht ohne sich vergewissert zu haben, dass sie von einer Ganzkörperpflege auf eine Teilkörperpflege umstellen kann, ohne befürchten zu müssen, die Patientin zu überfordern. Nach eigener Aussage hätte sie entschieden, einen Abbau von Pflegezeiten zu versuchen, wenn sie zu der Auffassung gelangt wäre, dass sich die Zustandsverbesserung auf Seiten der Patientin stabilisiert hat<sup>1747</sup>. Sie hätte sich nach eigener Darstellung vergewissert, dass sie die Anzahl der Einsatztage pro Woche abbauen kann, ohne befürchten zu müssen, dass es auf Seiten der Patientin und der Angehörigen zu einer Überforderung kommt.<sup>1748</sup> Die Ausführungen der Pflegekraft lassen ferner vermuten: Sie hat versucht, die Patientin körperlich zu mobilisieren, nicht ohne sich vergewissert zu haben, dass der Hausarzt der körperlichen Mobilisierung zustimmt. Sie hat sich an der Wundbehandlung beteiligt, nicht ohne sich vergewissert zu haben, dass die gewählten Behandlungsweisen der Wundheilung zuträglich sind.<sup>1749</sup> Zu vermuten ist: Die Pflegekraft ist nicht nur bemüht gewesen, eigene Handlungsfehler **in der Pflegearbeit** zu vermeiden, sondern sie ist auch bestrebt gewesen, eigene Handlungsfehler **in der Koordinationsarbeit** zu vermeiden. Mit der Angehörigen interagierend, ist sie vermutlich bemüht gewesen, keine falschen Hoffnungen in Bezug auf die Handlungsmöglichkeiten des Pflegepersonals zu wecken: weder bezüglich seiner Möglichkeiten, die Patientin zu mobilisieren, noch bezüglich seiner Möglichkeiten, Pflegeeinsätze zu übernehmen, noch bezüglich seiner Möglichkeiten, Pflegehilfsmittel auszuleihen.<sup>1750</sup> Das „Herzrasen“<sup>1751</sup> der Patientin wahrnehmend<sup>1752</sup>, hat sie vermutlich zeitnah versucht, den Hausarzt zu verständigen, um keinen für die Patientin folgeschweren Fehler zu begehen.<sup>1753</sup> Zu unterstellen ist: Auf Fehlervermeidung bedacht, hat sie auch auf die Vermeidung fremder Fehler geachtet. Beratung in Sachen informeller Wundbehandlung leistend, hat sie sich für die Vermeidung informeller Pflegefehler eingesetzt.<sup>1754</sup> Sie hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit allerdings nicht nur um Fehlervermeidung bemüht. Sie hat sich auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie hat im Verlauf des Erstbesuches zeitnah auf einen Fehler der Angehörigen reagiert.

<sup>1746</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1747</sup> vgl.: EPI 3: 46.

<sup>1748</sup> siehe Kapitel 3.2.2.4. und Kapitel 3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1749</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2.; Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1750</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2.; Kapitel 3.2.2.3. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1751</sup> EPI 3: 30.

<sup>1752</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>1753</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1754</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Sie hat die seitens der Angehörigen zu Unrecht erhobene Anschuldigung zurückgewiesen, sie hätte den Fehler begangen, nicht zeitnah auf deren Bitte um formelle Unterstützung reagiert zu haben.<sup>1755</sup> Die Pflegekraft verdeutlicht ferner: Sie hat sich der Angehörigen in der Folgezeit wiederholt als Fachkraft präsentiert, die darauf bedacht ist, dass für die Patientin folgenschwere Fehler möglichst vermieden werden.<sup>1756</sup> Die Pflegekraft hat sich nach eigener Darstellung im Verlauf der Fallbearbeitung gefordert gesehen, auch eigene Fehler zu bearbeiten: die Überschätzung des formellen Pflegebedarfs bei der Sicherstellung der Körperpflege<sup>1757</sup> und die Unterschätzung des formellen Behandlungsbedarfs.<sup>1758</sup> Wie hat sie auf die Erkenntnis reagiert, den formellen Pflegebedarf überschätzt zu haben? Hat sie den Fehler im Rahmen der Pflegearbeit behandelt? Anzunehmen ist: Sie hat ihre Pflegepraxis verändert und hat begonnen, die Unterforderung der Patientin im Prozess der Sicherstellung der Körperpflege zu beenden. Hat sie den Fehler auch im Rahmen der Koordinationsarbeit behandelt? Anzunehmen ist: Mit der Angehörigen interagierend, hat sie die **Kommunikation über jenen Fehler vermieden**. Sie hat der Angehörigen vermutlich nicht erklärt, den formellen Pflegebedarf überschätzt zu haben. Und wie hat sie auf die Erkenntnis reagiert, den formellen Behandlungsbedarf unterschätzt zu haben? Hat sie den Fehler im Rahmen der Koordinationsarbeit behandelt? Hat sie den Fehler im Rahmen der Koordinationsarbeit unbehandelt gelassen? Anzunehmen ist: Mit der Angehörigen interagierend, hat sie die Kommunikation über jenen Fehler vermieden. Sie hat der Angehörigen vermutlich nicht erklärt, den formellen Behandlungsbedarf unterschätzt zu haben.

#### 3.4.4. Handlungsfolgen

Den Ausführungen der Pflegekraft kann entnommen werden: Das private Engagement der Familie und das berufliche Engagement der Pflegekräfte hat sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege kombinieren lassen.<sup>1759</sup> Beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, haben sich sowohl an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses als auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Angehörige und Pflegepersonal haben die zu pflegende Person im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **gemeinsam** unterstützt: einerseits durch ihr Engagement im Rahmen

<sup>1755</sup> siehe Kapitel 3.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1756</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. und Kapitel 3.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1757</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1758</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1759</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, andererseits durch ihr Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Nach Darstellung der Pflegekraft hat die Patientin, informelle und formelle Pflege erhaltend, im häuslichen Kontext eine Zustandsverbesserung erlebt. Jene Zustandsverbesserung lässt sich nach Ansicht der Pflegekraft teils als Folge informeller Pflege, teils als Folge formeller Pflege deuten.<sup>1760</sup> Informelle und formelle Pflege erhaltend, hat die Patientin nach Angaben der Pflegekraft im häuslichen Kontext auch eine Zustandsverschlechterung erlitten. Die Pflegekraft interpretiert jene Zustandsverschlechterung nicht als Folge mangelhafter informeller Pflege. Die Pflegekraft befürchtet möglicherweise: Die Angehörige könnte jene Zustandsverschlechterung als Folge mangelhafter formeller Pflege auslegen.<sup>1761</sup> Haben sich Angehörige und Pflegepersonal im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege auch **wechselseitig** unterstützt? Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Das Pflegepersonal hat zur **Entlastung der Angehörigen** beigetragen. Jener Beitrag ist allerdings organisationsstrukturell bedingt begrenzt geblieben. Die Pflegekraft ist ferner vermutlich der Ansicht: Die Angehörige hat im Verlauf der Zeit begonnen, zur **Entlastung des Pflegepersonals** beizutragen.<sup>1762</sup>

#### 4. Die vierte Episode: Eine berufstätige Tochter, die nach Aussage der Pflegefachkraft erklärt hat, dass das Wochenende für sie die „einzige“ Gelegenheit ist, sich auszuschlafen

##### 4.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes

Die Krankenschwester berichtet<sup>1763</sup>: Die Seniorin (79 Jahre) sei verheiratet und habe eine Tochter. Jene Tochter sei geschieden und habe mehrere Kinder. In demselben Haus, aber in jeweils separaten Haushalten lebe einerseits die Seniorin mit ihrem

<sup>1760</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. und Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1761</sup> siehe Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1762</sup> siehe Kapitel 3.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1763</sup> Bei der vierten Episode handelt es sich um die Episode mit der Kennziffer 140. Der männliche Feldforscher hat zur vierten Episode zwei Episodeninterviews durchgeführt. Er hat die Krankenschwester im Rahmen eines achtzigminütigen Eingangsgesprächs (30.1.1989) und im Rahmen eines vierzigminütigen Abschlussgesprächs (2.3.1989) befragt. Die Abkürzungen für die Episodeninterviews lauten: EPI 4 für das Eingangsgespräch zur vierten Episode und EPI 4.2 für das Abschlussgespräch zur vierten Episode. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die vierte Episode zu kennzeichnen, werden Bedingungen vorgestellt, die die Krankenschwester auf Seiten des familialen Netzwerkes wahrnimmt: die Berufstätigkeit der Tochter und die fehlende Bereitschaft der Tochter, die Pflege am Wochenende zu übernehmen. Die Krankenschwester erzählt, die berufstätige Tochter habe ihr „gesagt: Wissen Sie, Samstag und Sonntag ist der einzige Tag, an dem ich ausschlafen kann, ich muss morgens immer schon um halb fünf aufstehen“ (EPI 4: 23).



gleichfalls betagten Ehemann (80 Jahre) und andererseits die Tochter mit mindestens einem der Kinder<sup>1764 1765</sup>.

## 4.2. Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 4.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 4.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Die Krankenschwester berichtet: Die an Diabetes erkrankte Patientin habe es jahrelang an einer den Regeln der Kunst gemäßen Mitarbeit bei der Krankheitsbearbeitung fehlen lassen. Die Krankenschwester verweist nicht nur auf die seitens der Patientin produzierten **Fehler** bei der Krankheitsbearbeitung, sondern benennt auch die **Fehlerfolgen**. Die Krankenschwester erklärt: Die Verschlechterung der körperlichen Verfassung sei an dem schwarz werdenden Bein wahrnehmbar geworden. Mit jener Verschlechterung der körperlichen Verfassung sei eine Verschlechterung der geistigen Verfassung einhergegangen. Die Einweisung ins Krankenhaus sei veranlasst worden, als es um den Zustand der Patientin sehr schlecht bestellt gewesen sei und als es infolge der eingetretenen Zustandsverschlechterung keine Alternative mehr zu einer Beinamputation gegeben habe. Die Krankenschwester betont: Die Amputation des Beines „war der letzte Weg“<sup>1766</sup>. Die Krankenschwester stellt verallgemeinernd fest: Wenn Diabetiker die Regeln der Kunst verletzen und den Diabetes fehlerhaft bearbeiten, dann seien jene Fehlerfolgen zum einen prognostizierbar und zum anderen an Körper und Zustand der Patienten wahrnehmbar<sup>1767</sup>.

Haben weder das familiäre Netzwerk, noch der behandelnde Hausarzt Anstrengungen unternommen, um die seitens der Patientin produzierten Fehler bei der Krankheitsbearbeitung mitsamt den prognostizierbaren und wahrnehmbaren Fehlerfolgen zu vermeiden? Die Krankenschwester stellt Vermutungen über die **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des familialen Netzwerkes** an. Sie vermutet: Die Tochter habe die Veränderungen zwar wahrgenommen, habe jedoch

---

<sup>1764</sup> vgl.: EPI 4: 30, 46.

<sup>1765</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiäre Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation. Angaben zum Alter des Ehemannes sind am Ende des Abschlussgespräches nacherhoben worden.

<sup>1766</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>1767</sup> vgl.: ebd.: 8.

angenommen, jene Veränderungen wären nicht als Ausdruck eines fehlerhaften Prozesses der Krankheitsbearbeitung, sondern als Ausdruck eines Alterungsprozesses zu deuten. Sie äußert die Vermutung: Die Tochter habe jene Veränderungen nicht mit jener fehlerhaften Art der Krankheitsbearbeitung in Zusammenhang bringen können<sup>1768</sup>. Die Krankenschwester nimmt an, dass die Tochter den Handlungsbedarf unterschätzt hat und dass sie es infolge jener **Fehleinschätzung** unterlassen hat, den Hausarzt zu verständigen. Sie zeigt sich bemüht, die Tochter von der **Verantwortung** für jenen Fehler freizusprechen.

Die Krankenschwester erklärt: Sie möchte sich mit der Äußerung von Vermutungen über die **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des Hausarztes** zurückhalten. Sie lässt jener Erklärung zwei Äußerungen folgen. Sie vertritt erstens die Auffassung: Der behandelnde Hausarzt sei generell der Ansicht, es sei eine Fehlentscheidung, in hohem Maße Arbeitskraft in die Pflege einer betagten Person zu investieren. Sie berichtet zweitens: Jene besondere Patientin habe stets eine offene Wunde gehabt, die sie eigenständig auf eine Weise behandelt habe, die anerkannten Pflegestandards widersprochen habe. Im Verlaufe der Zeit sei sodann die Verschlimmerung eingetreten. Die Krankenschwester berichtet nicht, dass der behandelnde Hausarzt Anstrengungen unternommen hat, die seitens der Patientin produzierten Fehler bei der Krankheitsbearbeitung mitsamt den prognostizierbaren und wahrnehmbaren Fehlerfolgen zu vermeiden. Die Krankenschwester hegt die Vermutung: Der Hausarzt ist im Einzelfall in einer Weise verfahren, die seiner allgemeinen Auffassung in Sachen Pflege betagter Personen entspricht<sup>1769</sup>. Sie bezeichnet die Arbeitsbeziehung zu jenem besonderen Hausarzt als generell „nicht optimal“<sup>1770</sup> und schreibt die Beeinträchtigung jener Arbeitsbeziehung ausschließlich der Person des Hausarztes zu<sup>1771</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Während des Krankenhausaufenthaltes sei die Patientin auf Insulin umgestellt<sup>1772</sup> und operiert worden. Deren linkes Bein sei oberhalb des Knies amputiert worden<sup>1773</sup> und deren rechtes Bein habe wegen „rapide verschlechterter Durchblutung“<sup>1774</sup> einen Bypass erhalten. Nach der Amputation sei der Zustand der Patientin wesentlich besser geworden<sup>1775</sup>. Seitens der behandelnden Krankenhausärzte sei entschieden worden, nicht die Prothese, sondern den Rollstuhl als technisches Hilfsmittel zur Fortbewegung zu wählen<sup>1776</sup>. Bezogen auf den potentiellen

---

<sup>1768</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1769</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1770</sup> EPI 4.2: 1.

<sup>1771</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>1772</sup> vgl.: EPI 4: 1; EPI 4.2: 13.

<sup>1773</sup> vgl.: EPI 4.2: 13.

<sup>1774</sup> ebd.: 13.

<sup>1775</sup> vgl.: EPI 4: 7.

<sup>1776</sup> vgl.: EPI 4.2: 27.

Fertigungsprozess einer Prothese sei seitens der behandelnden Krankenhausärzte die Auffassung vertreten worden, im Einzelfall auf den Stumpf eine Prothese zu fertigen, sei eine Aufgabe, deren Bewältigung zwar kompliziert, aber nicht unmöglich sei<sup>1777</sup>. Bezogen auf den potentiellen Anwendungsprozess einer Prothese sei auf der Basis der fehlenden Mitarbeit der Patientin an den Rehabilitationsmaßnahmen die Kontinuität fehlender Mitwirkung prognostiziert worden und die Fertigung einer "Prothese" als Fehlentscheidung verworfen worden<sup>1778</sup>. In der Erzählzeit betont die Krankenschwester: Die in der erzählten Zeit liegende Entscheidung der Krankenhausärzte sei richtig gewesen<sup>1779</sup>.

Die Krankenschwester hat die **Bitte um formelle Unterstützung** nach eigener Aussage erhalten, bevor die insulinpflichtige Diabetikerin unvermittelt aus dem Krankenhaus entlassen worden ist<sup>1780</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Nachdem sie dem im Fach liegenden Zettel entnommen habe, sie solle sich mit der Tochter telefonisch in Verbindung setzen, habe sie mehrmals vergeblich versucht, telefonisch Kontakt aufzunehmen. In der erzählten Zeit habe es sie irritiert, dass die Tochter telefonisch nicht erreichbar gewesen sei. In der erzählten Zeit habe sie nicht um deren „die ganze Woche“<sup>1781</sup> und „den ganzen Tag“<sup>1782</sup> während Berufstätigkeit gewusst. Es seien einige Tage vergangen, bis sie die Tochter eines Abends telefonisch erreicht habe. Die Tochter habe berichtet: Ihre im Krankenhaus liegende Mutter sei jetzt insulinpflichtige Diabetikerin. Das eine Bein sei amputiert worden. Möglicherweise werde ein operativer Eingriff an den Venen des anderen Beines folgen. Die Entscheidung für oder wider eine Operation werde in den kommenden Tagen gefällt. Die Krankenschwester habe ihre Einwilligung in die Fallübernahme ausgesprochen. Sie habe die Tochter gebeten, erneut Kontakt aufzunehmen, bevor deren Mutter entlassen werde. Die Bitte erläuternd, habe sie verdeutlicht: Sie wünsche, sich rechtzeitig vor der Entlassung einschalten zu können, um die Einzelheiten des Verfahrens zur Sicherstellung der häuslichen Pflege mit der Tochter besprechen zu können<sup>1783</sup>.

Nach Auskunft der Krankenschwester ist bis zur Entlassung Zeit verstrichen. Die Krankenschwester erzählt: Eines Abends habe die Tochter sie kontaktiert. Sie habe erklärt: Die Entlassung sei für den folgenden Tag anberaumt worden und das Pflegepersonal müsse das Spritzen übernehmen. Die Krankenschwester habe die Tochter an die Vereinbarung erinnert, sie frühzeitiger zu kontaktieren. Die Tochter habe

---

<sup>1777</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1778</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>1779</sup> vgl.: EPI 4: 28, EPI 4.2: 25.

<sup>1780</sup> vgl.: PEI 4.2: 13.

<sup>1781</sup> EPI 4: 23.

<sup>1782</sup> ebd.: 41.

<sup>1783</sup> vgl.: ebd.: 1.

erwidert: „Ja, die brauchten aber ein Bett, die Mutter wäre regulär noch nicht nach Hause gekommen“<sup>1784</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Krankenschwester hat der Tochter vorgeworfen, jene Vereinbarung in Sachen rechtzeitiger Kontaktaufnahme verletzt zu haben. Die Tochter hat die Vereinbarung bestätigt, die Verletzung erläutert und den Vorwurf der Krankenschwester zu entkräften versucht<sup>1785</sup>. Die Krankenschwester hat ihre Einwilligung in die Fallübernahme nach eigener Aussage wiederholt ausgesprochen. Die Krankenschwester bekundet: Sie habe zugesichert, den Erstbesuch am nächsten Tag zur Mittagszeit zu absolvieren. Erläuternd habe sie hinzugefügt, eine Entlassung vor Anbruch der Mittagszeit sei nicht zu erwarten<sup>1786</sup>.

#### 4.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuches

Die Krankenschwester hat sich nach eigener Aussage am Entlassungstag wider Erwarten gefordert gewesen, **zwei Erstbesuche** durchzuführen, um Einzelheiten der Fallbearbeitung zu klären: den ersten zur Mittagszeit und den zweiten zur Abendzeit. Den zur **Mittagszeit** absolvierten Hausbesuch rekonstruierend, berichtet die Krankenschwester: Die berufstätige Tochter sei unabhkömmlich gewesen. Es habe sich ihr folglich nicht die Möglichkeit geboten, mit der Tochter über Verfahrensfragen zu kommunizieren<sup>1787</sup>. Die sich bietende Möglichkeit, mit den alten Eheleuten über Verfahrensfragen zu kommunizieren, habe sie zwar genutzt, habe aber erlebt, dass sich durch Kommunikation mit den alten Eheleuten keine Klärung der Verfahrensfragen habe erzielen lassen<sup>1788</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage **das Problem** wahrgenommen, nicht um die ärztlichen Anweisungen zur Bearbeitung des insulinpflichtigen Diabetes zu wissen. Die Krankenschwester erklärt: Sie „wußte [sic.] gar nichts“<sup>1789</sup> und dachte, es wäre nicht auszuschließen, dass im Einzelfall nicht nur zur Morgenzeit, sondern auch zur Abendzeit Insulin zu verabreichen sei. Eine derartige Anordnung sei bei insulinpflichtigen Diabetikern generell denkbar und als Pflegefachkraft weiß man von selbst nicht um die im jeweiligen Einzelfall geltenden ärztlichen Anweisungen. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben **Versuche der Problemlösung** gestartet. Jene Versuche der Problemlösung sind nach Auskunft der Krankenschwester aber erfolglos verlaufen. Nach Aussage der Krankenschwester hat

---

<sup>1784</sup> ebd.: 1.

<sup>1785</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>1786</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1787</sup> vgl.: EPI 4.2: 14.

<sup>1788</sup> vgl.: EPI 4: 2; EPI 4.2: 15.

<sup>1789</sup> EPI 4: 2.

sich das Problem fehlenden Wissens um die ärztlichen Anweisungen zur Bearbeitung des insulinpflichtigen Diabetes nicht durch **Befragung der Eheleute** lösen lassen. Die Krankenschwester erzählt: Die Eheleute seien „ganz schön daneben“<sup>1790</sup> gewesen. Sie habe die Patientin gefragt und bemerkt: Die Patientin sei „total desorientiert“<sup>1791</sup> gewesen. Die Patientin habe sich an die Zeit im Krankenhaus nicht erinnern können. Die Patientin „wußte [sic.] von nichts mehr“<sup>1792</sup>. Sie habe deren Ehemann befragt und festgestellt: Er habe die Frage auch nicht beantworten können. Nach Auskunft der Krankenschwester hat sich das Problem fehlenden Wissens um die ärztlichen Anweisungen zur Bearbeitung des insulinpflichtigen Diabetes auch nicht durch **Sichtung von Dokumenten** lösen lassen. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe den Koffer im Beisein des alten Mannes geöffnet. Sie habe aber keinen für den Hausarzt bestimmten Brief gefunden. Sie sei „schockiert“<sup>1793</sup> gewesen. Sie habe erklärt: Sie fühle sich fehlplaziert. Sie habe erstens mitgeteilt: Sie weiß noch nicht, ob zweimal am Tag Insulin zu verabreichen ist<sup>1794</sup>. Sie habe zweitens mitgeteilt: Sie muss abwarten und am Abend mit der Tochter reden<sup>1795</sup>.

Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat Anstrengungen unternommen, um sich die Möglichkeit zu verschaffen, mit der Tochter über Verfahrensfragen zu kommunizieren. Sie hat erstens mit der Tochter telefonisch Kontakt aufgenommen, um einen Hausbesuch zur Abendzeit zu vereinbaren. Sie hat zweitens den vereinbarten Hausbesuch zur Abendzeit absolviert. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Sie hat entschieden, den Versuch, das Problem fehlenden Wissens um die ärztlichen Anweisungen zur Bearbeitung des insulinpflichtigen Diabetes zu lösen, auf die Abendzeit zu verschieben. Sie hat nicht die Befragung des Hausarztes, sondern die Befragung der Tochter als Möglichkeit der Problemlösung gewählt. Wie ist der zur **Abendzeit** absolvierte Hausbesuch verlaufen? Die Krankenschwester erzählt: Im Rahmen jenes Hausbesuches zur Abendzeit sei weder das Problem fehlender Medikamente gelöst gewesen, noch habe sich das Problem fehlenden Wissens um die ärztlichen Anweisungen zur Bearbeitung des insulinpflichtigen Diabetes lösen lassen. Weder sei das zu spritzende Insulin vorrätig gewesen, noch sei eine schriftliche Anweisung zur Verabreichung des Insulins verfügbar gewesen. Sie sei sehr irritiert gewesen. Die Tochter habe ihr erklärt: Sie habe dem behandelnden Hausarzt den Entlassungsbrief gebracht und sie habe die Apotheke veranlasst, die Medikamente ins Haus zu liefern. Sie habe der Tochter erklärt: Sie werde

---

<sup>1790</sup> EPI 4.2: 15.

<sup>1791</sup> EPI 4: 6.

<sup>1792</sup> ebd.: 2.

<sup>1793</sup> EPI 4.2: 15.

<sup>1794</sup> vgl.: EPI 4: 2.

<sup>1795</sup> vgl.: EPI 4: 2; EPI 4.2: 15.

am nächsten Morgen das Waschen übernehmen und hoffe, das Problem fehlender Medikamente werde rechtzeitig gelöst sein<sup>1796</sup>.

Übernahme des Falles und Ablehnung der Fallübernahme sind denkbare Entscheidungsmöglichkeiten. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe nie in Erwägung gezogen, die Fallübernahme abzulehnen<sup>1797</sup>. Ein Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes sei ihr in jenem Pflegefall als **passend** erschienen<sup>1798</sup>. Sie habe angenommen, dass die Tochter sich am Wochenende an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen würde. Es sei ihr erster Eindruck gewesen, dass an den Tagen, an denen die Tochter ihrer Berufstätigkeit nachgehe, d.h. von montags bis freitags, ein Helfer ergänzend zum gemeindlichen Pflegedienst engagiert werden muss, um die Versorgung zur Mittagszeit sicherzustellen. Ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins sei ihr **unpassend** erschienen. Sie betrachtet dessen Engagement generell als Lösung, die „auf die Dauer ein bißchen [sic.] zu teuer ist“<sup>1799</sup>.

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat im Rahmen beider Hausbesuche Gelegenheit gehabt, erste Eindrücke über den **Zustand** des alten Ehepaares zu gewinnen und zu vertiefen. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe eine körperlich und geistig beeinträchtigte Seniorin kennengelernt. Die Patientin sei im Rollstuhl sitzend<sup>1800</sup>, mit einer Wunde am Stumpf, mit einem Druckgeschwür an der Ferse des mit einem Bypass versorgten Beines<sup>1801</sup>, mit „Herzschwäche“<sup>1802</sup>, insulinpflichtigem Diabetes und Desorientierung<sup>1803</sup> aus dem Krankenhaus entlassen worden. Die Krankenschwester berichtet ferner: Der Ehemann der Patientin sei ihr erst mal durch seine Aufgeregtheit und durch seine Schwerhörigkeit aufgefallen<sup>1804</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie sei sich bewusst gewesen, dass die Patientin „hilfeabhängig“<sup>1805</sup> sei. Als sie den Ehemann der Patientin erlebt und seine Antworten auf ihre Fragen vernommen habe, habe sie sich „gedacht: Nein, der ist nicht in der Lage, die Frau alleine zu versorgen“<sup>1806</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, eine Bedarfsprüfung vorgenommen zu haben: Besteht Bedarf an Unterstützung? Lässt sich der Bedarf an Unterstützung durch alleiniges Engagement des alten Mannes decken<sup>1807</sup>? Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, im Rahmen jener Bedarfsprüfung gedankenexperimentell zu der Auffassung gelangt zu

---

<sup>1796</sup> vgl.: EPI 4: 3.

<sup>1797</sup> vgl.: EPI 4.2: 16.

<sup>1798</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>1799</sup> ebd.: 16.

<sup>1800</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>1801</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1802</sup> EPI 4: 25.

<sup>1803</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1804</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>1805</sup> EPI 4.2: 15.

<sup>1806</sup> ebd.: 16.

<sup>1807</sup> vgl.: ebd.: 15f.

sein: Wenn der alte Mann gefordert wäre, die häusliche Pflege und Betreuung ohne Unterstützung sicherstellen, dann wäre dessen Überforderung zu befürchten<sup>1808</sup>.

Welche **Ziele** hat die Krankenschwester in der erzählten Zeit gewählt? Die Krankenschwester verweist in der Erzählzeit auf zwei denkbare und in der erzählten Zeit vermutlich auch gewählte Zielsetzungen. Anzunehmen ist erstens: Die Krankenschwester hat sich in der erzählten Zeit das Ziel gesetzt, zu vermeiden, dass sich der **körperliche Zustand der Patientin** verschlimmert. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe den Angehörigen mitgeteilt, dass das Essverhalten der Patientin kontrolliert werden muss und dass die Patientin, die die Vormittagszeit im Rollstuhl sitzend verbringen muss, sich zur Mittagszeit hinlegen sollte, „weil das Bein mit der Zeit dick wird und durch Hochlagerung etwas anschwellen kann“<sup>1809</sup>. Anzunehmen ist zweitens: Die Krankenschwester hat sich in der erzählten Zeit das Ziel gesetzt, informelle Unterstützung durch formelle Unterstützung zu fördern und auf Seiten der Familie **Selbständigkeit bei der Bearbeitung der Insulinpflichtigkeit** herzustellen<sup>1810</sup>. Sie hat zu Zwecken der Zielerreichung in der erzählten Zeit aus der Gesamtheit aller Familienmitglieder jenes Familienmitglied ausgewählt, dem sie unterstellt hat, es lässt sich zu selbständiger und fehlerfreier Bearbeitung der Insulinpflichtigkeit befähigen<sup>1811</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Sie wollte das Engagement der Tochter fördern, damit diese „wenigstens am Wochenende die Mutter selbst spritzt“<sup>1812</sup>. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat es als selbstverständlich betrachtet, jene Zielsetzungen zu wählen. Sie hat die Wahl jener Zielsetzungen teils bedingt durch die pflegerische Ausbildung<sup>1813</sup>, teils bedingt durch die Organisation der ambulanten Pflege<sup>1814</sup> als Selbstverständlichkeit betrachtet. Die Vermutung ist naheliegend: Die Krankenschwester hat in der Kommunikation mit den Angehörigen jeweils den Prozess der Arbeit an der Zielerreichung besprochen und hat es den Angehörigen überlassen, von definierten, zwecks Zielerreichung angezeigten Arbeiten auf das gewählte Ziel zu schließen<sup>1815</sup>. Hat sich in der erzählten Zeit Einigkeit in Sachen Zielsetzung und an Arbeit an der Zielerreichung herstellen lassen?

Welche Absprachen sind in der erzählten Zeit zur **Verteilung der Aufgaben** getroffen worden? Wie sollen die Aufgaben auf die Pflegekräfte einerseits und die Angehörigen andererseits verteilt werden? Die Problematik der Verständigung über die Anzahl der

---

<sup>1808</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>1809</sup> EPI 4: 25.

<sup>1810</sup> vgl.: ebd.: 5f.

<sup>1811</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1812</sup> ebd.: 5.

<sup>1813</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1814</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1815</sup> vgl.: ebd.: 3, 25.

**Einsatztage pro Woche** ist nach Darstellung der Krankenschwester mit der Problematik der Verständigung über die Aufgabenverteilung am Wochenende verknüpft gewesen. Ausschließlich eine Vereinbarung, der zufolge die Angehörigen am Wochenende sowohl die Injektion des Insulins als auch die Körperpflege übernehmen, entspricht einer Vereinbarung, den Pflegekräften den Wochenenddienst zu ersparen. Die Krankenschwester behandelt die Frage nach der Aufgabenverteilung am Wochenende als Frage nach der **Mitarbeit der Tochter**. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe mit der Tochter über den Plan kommuniziert, sie zur **Insulininjektion** zu befähigen. Wie lässt sich jener Kommunikationsprozess, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung<sup>1816</sup>, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester hat den sich anbahnenden Konflikt um die **Zielsetzung** und um die **Arbeit an der Zielerreichung** in der erzählten Zeit vermutlich verkannt. Sie hat nach eigener Aussage eine wahrgenommene Manifestation von Ablehnung bearbeitet. Anzunehmen ist: Sie hat unterstellt, jene manifest gewordene Ablehnung erfolgreich bearbeitet zu haben, hat die Möglichkeit einer latent gebliebenen Ablehnung nicht in Betracht gezogen und hat angenommen, dass sich Einigkeit herstellen lassen<sup>1817</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie ist bestrebt gewesen, die Tochter zur selbständigen Insulininjektion anzuleiten und deren Überforderung zu vermeiden<sup>1818</sup>. Sie hat **Bedarf an formeller Beratung** in Rechnung gestellt<sup>1819</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Sie hat unterstellt, dass auf Seiten der Tochter der **Wunsch nach formeller Beratung** existiert. Sie hat nicht unterstellt, dass auf Seiten der Tochter ein dauerhaft währender **Wunsch nach formeller Pflege** am Wochenende besteht<sup>1820</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Sie ist bestrebt gewesen, informelles Engagement am Wochenende durch übergangsweise erfolgreiches formelles Engagement am Wochenende zu stärken. Sie hat den **Anspruch** gehegt: Die Tochter soll sich zunächst am Beratungsprogramm und anschließend am Pflegeprogramm beteiligen. Die

---

<sup>1816</sup> vgl.: ebd.: 3, 11.

<sup>1817</sup> vgl.: ebd.: 3, 11.

<sup>1818</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>1819</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1820</sup> vgl.: ebd.: 3, 11.



Tochter soll sich anleiten lassen, Insulin selbständig zu verabreichen. Ist die Phase der Anleitung abgeschlossen, soll die Tochter das Insulin an den Wochenenden fortan selbständig verabreichen<sup>1821</sup>.

- Den Ausführungen der Krankenschwester lässt sich entnehmen: Sie hat im Gespräch mit der Tochter den Wochenenddienst als Übergangslösung angekündigt und hat den Plan zur Anleitung verkündet, ohne einen konkreten Beratungstermin vereinbart zu haben<sup>1822</sup>. In der Erzählzeit vertritt sie die Auffassung, in der erzählten Zeit einen **Kommunikationsfehler** begangen zu haben, der zur Folge gehabt hat, dass die Tochter Wochenendes nicht aufgestanden ist, sich zu engagieren. Sie ist der Ansicht, die Ankündigung des übergangsweise möglichen Wochenenddienstes hat auf Seiten der Tochter die Hoffnung auf einen dauerhaft möglichen Wochenenddienst genährt<sup>1823</sup>.

Wie stellt sich der Prozess der Kommunikation über den Plan, die Tochter zur selbständigen Insulininjektion zu befähigen, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe der Tochter angekündigt, dass sie selber die Insulininjektion „erst einmal übernehmen würde“<sup>1824</sup>, und dass sie die Tochter anleiten wollte, das Insulin zu spritzen. Wie hat die Tochter reagiert? Die Krankenschwester lässt verlauten: „Und da habe ich schon die lange Nase gesehen, also das hat ihr nicht gepasst [sic.]“<sup>1825</sup>. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester eine **nonverbale Reaktion** wahrgenommen und als Ausdruck einer ablehnenden Haltung gedeutet. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe unterstellt, jene ablehnende Haltung sei Folge der Befürchtung gewesen, sich bei Übernahme medizinisch gearteter Pflegeleistungen zu überfordern. Wie hat die Krankenschwester reagiert? Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester, jene unterstellte Befürchtung bearbeitend, der Tochter mitgeteilt: „Ich verlange das nicht heute und nicht morgen, aber in der nächsten Zeit wird das auf Sie zukommen. Wir nehmen uns dann irgendwann einmal Zeit und dann wird das einmal geübt“<sup>1826</sup>. „Ich komme erstmal [sic.] das Wochenende und dann machen wir das gemeinsam“<sup>1827</sup>. Die Krankenschwester hat der Tochter nach eigener Auskunft nicht

---

<sup>1821</sup> vgl.: ebd.: 3, 11.

<sup>1822</sup> vgl.: ebd.: 3, 11.

<sup>1823</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1824</sup> ebd.: 3.

<sup>1825</sup> ebd.: 3.

<sup>1826</sup> ebd.: 4.

<sup>1827</sup> ebd.: 11.

mitgeteilt: „Am Wochenende müssen Sie den Spritzdienst vielleicht selber übernehmen. Am Wochenende zeigen wir Ihnen das Spritzen und Sie müssen das machen“<sup>1828</sup>.

Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben auch **verbale Reaktionen** der Tochter wahrgenommen. Die Tochter hat nach Aussage der Krankenschwester auf deren Ankündigung, irgendwann mit der Anleitung zu beginnen, geantwortet: Ja, ja, ist gut. Jene Antwort ist möglicherweise mehrdeutig geblieben. Sie lässt sich zum einen als Ausdruck einer ernstgemeinten Einwilligung in den Plan deuten, die Aufgabenverteilung am Wochenende zu verändern. Zum anderen lässt sie sich als Ausdruck einer bloß scheinbaren Einwilligung auslegen, die der Beschwichtigung dient und den Beginn einer Verzögerungstaktik markiert<sup>1829</sup>. Die Tochter hat nach Auskunft der Krankenschwester auf deren Ankündigung, sich erst mal das Wochenende zu engagieren, geantwortet: „Ach, Sie kommen auch am Wochenende. Das ist ja prima“<sup>1830</sup>. Auch jene Antwort ist möglicherweise mehrdeutig geblieben. Sie lässt sich einerseits als Ausdruck einer Haltung deuten, die den Wochenenddienst als Übergangslösung begrüßt. Andererseits lässt sie sich als Ausdruck einer Haltung interpretieren, die mit den Wochenenddienst als Dauerlösung liebäugelt<sup>1831</sup>. Die Krankenschwester hat die verbalen Reaktionen der Tochter in der erzählten Zeit vermutlich als Ausdruck von Konsens und nicht als Ausdruck von Dissens gedeutet.

Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat, die Wahl der Arbeitskraft betreffend, nicht nur den Anspruch gehegt, dass die Tochter an den Wochenenden das Insulin verabreicht, sondern hat auch den Anspruch unterhalten, dass die Tochter an den Wochenenden **Hilfe beim Waschen** leistet<sup>1832</sup>. Vermutlich hat die Krankenschwester nicht beide Aufgaben, sondern nur die Aufgabe der Insulininjektion gewählt, um der Tochter zu verstehen zu geben, dass sie die Übernahme des Wochenenddienstes durch das Pflegepersonal als Übergangslösung betrachtet und nicht als Lösung auf Dauer in Betracht zieht. Die Tochter hat indes vermutlich stillschweigend mit der Möglichkeit geliebäugelt, dass sich ein von Pflegekräften geleisteter Wochenenddienst nicht als Übergangslösung, sondern als Dauerlösung einrichten lässt<sup>1833</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Es sei entschieden worden, das Waschprogramm nicht im Badezimmer durchzuführen. Sie erklärt: Das Problem bezüglich der Nutzung des Badezimmers habe darin bestanden, dass die Badezimmertür zu schmal gewesen sei, so dass die Patientin nicht mit dem Rollstuhl habe ins Bad gelangen können<sup>1834</sup>. Wenn

---

<sup>1828</sup> ebd.: 11.

<sup>1829</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>1830</sup> ebd.: 3.

<sup>1831</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1832</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1833</sup> vgl.: ebd.: 3, 11.

<sup>1834</sup> vgl.: ebd.: 19.

entschieden worden wäre, das Waschprogramm im Badezimmer zu absolvieren, dann hätten Umbaumaßnahmen erfolgen müssen oder zwei Mann hätten Hilfestellung leisten müssen, um das der Fortbewegung dienende, aber nicht einsetzbare technische Hilfsmittel zu ersetzen<sup>1835</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester ist die Entscheidung gefällt worden, das Waschprogramm an einem Ersatzwaschplatz durchzuführen. Nach Angaben der Krankenschwester hat es zwecks Durchführung des Waschprogramms folglich weder einer Umbaumaßnahme, noch des Einsatzes einer Zweitkraft bedurft<sup>1836</sup>.

Die Krankenschwester berichtet, der Tochter in der erzählten Zeit angeboten zu haben, zusätzlich **Badehilfe** zu leisten<sup>1837</sup>. Bleibt das Badeprogramm an ein den Besonderheiten des Einzelfalles unangepasstes Bad gebunden<sup>1838</sup>, bedarf es bei der Badehilfe im Unterschied zur Hilfe beim Waschen des Einsatzes einer Zweitkraft, um das der Fortbewegung dienende, aber nicht einsetzbare technische Hilfsmittel zu ersetzen. Die Krankenschwester hat es in der erzählten Zeit vermutlich unterlassen, Einzelheiten zur Durchführung der Badehilfe zu klären<sup>1839</sup>. Soll die zweite Hilfskraft aus den Reihen des Pflegepersonals oder aus den Reihen der Angehörigen rekrutiert werden? Soll das Wochenende als Badetag gewählt werden, um mit Hilfe eines ausgewählten Familienangehörigen, d.h. mit Hilfe der Tochter, Badehilfe zu leisten?

Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage punktuell **Beratung** geleistet. Sie berichtet: Sie habe der Tochter geraten, sich an der Versorgung des mit dem Bypass versehenen Beines<sup>1840</sup> zu beteiligen. Erstens habe sie der Tochter den Rat erteilt, den Prozess der Hilfestellung zur Lagerung des Beines am Wochenende fortzusetzen, anstatt ihn zu unterbrechen. Zweitens habe sie die Tochter über die Möglichkeit aufgeklärt, jenes Bein während der sich ihr am Wochenende bietenden Freizeit zu beugen und zu strecken. Die Tochter habe ihre Einwilligung vorbehaltlich der Einwilligung der Patientin ausgesprochen<sup>1841</sup>. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Tochter punktuell um Beratung gebeten. Die Krankenschwester berichtet nicht: Die Tochter habe sie am ersten Abend gebeten, sie zu schulen, Insulininjektionen selbständig zu verabreichen. Die Krankenschwester berichtet vielmehr: Die Tochter habe sie gebeten, sie anzuleiten, Hilfestellung bei der Benutzung des Rollstuhls zu leisten. Die Tochter habe erstens bekundet: Sie möchte sich jenen Arbeitsvollzug einmal vorführen lassen, damit sie sich die Arbeit auch erleichtere und sich nicht verhebe, wenn sie gefordert wäre, jene Hilfestellung zu leisten. Die Tochter habe zweitens betont: Sie

---

<sup>1835</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>1836</sup> vgl.: ebd.: 19f.

<sup>1837</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>1838</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1839</sup> vgl.: ebd.: 3, 32.

<sup>1840</sup> vgl.: EPI 4.2: 8.

<sup>1841</sup> vgl.: ebd.: 24.

habe Angst, dass auch ihr Vater seine Arbeitskraft beim Vollzug jener Arbeit schädige. Wie hat die Krankenschwester auf die Bitte um Beratung reagiert? Die Krankenschwester erzählt, sie habe erstens erwidert: „Sie brauchen keine Angst haben“<sup>1842</sup>. Sie habe zweitens erläuternd hinzugefügt: Sie meine, dass die Patientin sich des Rollstuhls hinreichend bedienen kann. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat einerseits erklärt, es bestehe kein Anlass, sich zu ängstigen. Sie hat andererseits erklärt, jener Beschwichtigungsversuch beruhe auf einer Vermutung. Möglicherweise hat sie es unterlassen, die Tochter und deren Vater über die Arbeitstechnik aufzuklären<sup>1843</sup>.

Sind Absprachen in Bezug auf die **Mitarbeit des alten Mannes** getroffen worden? Die Krankenschwester hat vermutlich den Anspruch gehegt: Der alte Mann soll sich im Rahmen seiner Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen. Die Krankenschwester berichtet weder, die Forderung erhoben zu haben, dass der alte Mann die Pflege an den Wochenenden stellvertretend für die Pflegekräfte übernimmt, noch berichtet sie, den Anspruch angemeldet zu haben, dass der alte Mann in der Zeit während der Einsätze des Pflegepersonals Hilfestellung leistet. Sie berichtet lediglich, die Forderung vertreten zu haben, dass der alte Mann sich an der Sicherstellung einer regelgemäßen Ernährung beteiligen muss<sup>1844</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester ist geklärt worden: Es soll nicht die Aufgabe des alten Mannes sein, Mahlzeiten zu kochen. Dessen Aufgabe soll vielmehr darin bestehen, Mahlzeiten anzubieten und die Einnahme von Mahlzeiten zu kontrollieren<sup>1845</sup>. Fraglich bleibt: Ist geklärt worden, ob sich dessen Aufgabe, Kontrolle über die Einnahme von Mahlzeiten auszuüben, auf bestimmte Zeitpunkte beschränken oder auf unbestimmte Zeiträume erstrecken soll? Die Krankenschwester rekonstruiert den der **Kommunikation** über die Anforderung, eine regelgemäße Ernährung der an Diabetes erkrankten, desorientierten Patientin sicherzustellen.

- Sie verweist erstens auf einen **Prozess der Bedarfswahrnehmung**. Sie ist sich nach eigener Darstellung bewusst gewesen: Ernährungsfehler können für die desorientierte Diabetikerin folgeschwer sein. Die Patientin ist außerstande, selber für eine regelgemäße Ernährung zu sorgen. Es bedarf der informellen Unterstützung. Die Angehörigen sind gefordert, die regelgemäße Ernährung der Patientin sicherzustellen. Es bedarf ferner der formellen Unterstützung, d.h. der

---

<sup>1842</sup> ebd.: 12.

<sup>1843</sup> vgl.: EPI 4: 12.

<sup>1844</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1845</sup> vgl.: ebd.: 9.

Ernährungsberatung, um die Angehörigen zu befähigen, jene Aufgabe zu erledigen, ohne für die Patientin folgenschwere Fehler zu begehen<sup>1846</sup>.

- Sie verweist zweitens auf einen ihrerseits eingeleiteten **Prozess der Bedarfsbearbeitung**. Sie hat nach eigener Aussage angefangen, Ernährungsberatung zu leisten. Nach eigenen Angaben hat sie begonnen, über Regeln richtigen Essverhaltens bei Diabetes aufzuklären. Jene Aufklärungsaktion ist Ausdruck des Anspruches: Die Angehörigen sollen die regelgemäße Ernährung der Patientin sicherstellen. Jene Aufklärungsaktion ist auch Ausdruck der Befürchtung: Die Angehörigen machen bei der Aufgabenerledigung irrtümlicherweise Fehler<sup>1847</sup>.
- Welche **Ziele** sind mit jener Aufklärungsaktion verbunden gewesen? Die Aufklärungsaktion verweist sowohl auf das Ziel, eine Verschlechterung des körperlichen Zustands der Patientin zu vermeiden, als auch auf das Ziel, informelle Unterstützung durch formelle Unterstützung zu fördern. Die Aufklärungsaktion lässt sich als **Arbeit an der Zielerreichung** begreifen: als **formelle** Arbeit an der Zielerreichung. Ein Arbeitserfolg ist nicht garantiert: Es gibt keine Gewähr dafür, dass die Arbeit an der Zielerreichung auch tatsächlich zur Zielerreichung führt.

Nach Aussage der Krankenschwester ist in der erzählten Zeit vereinbart worden, dass die Pflegekräfte zwei **Einsätze pro Tag** durchführen: einen Einsatz zur Morgenzeit und einen Einsatz zur Mittagszeit. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe erstens erklärt, dass sie beim Einsatz zur Mittagszeit Hilfe zur Lagerung des Beines leisten werde, indem sie den Wechsel von der sitzenden Position in eine liegende Position unterstütze<sup>1848</sup>. Sie habe zweitens erklärt, dass jenes Angebot, einen Einsatz zur Mittagszeit zu leisten, keineswegs am Wochenende gelte<sup>1849</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist weder zu entnehmen, dass sie den angebotenen Einsatz zur Mittagszeit in der erzählten Zeit als Dauerlösung hat erscheinen lassen, noch ist den Ausführungen der Krankenschwester zu entnehmen, dass sie sich bereit erklärt hat, im Rahmen eines Einsatzes zur Nachmittagszeit bei einem neuerlichen Positionswechsel, d.h. beim Wechsel vom Liegen ins Sitzen, behilflich zu sein. Die Krankenschwester verdeutlicht, ein auf den Körper der Patientin zentriertes Problem, d.h. das Anschwellen

---

<sup>1846</sup> vgl.: ebd.: 9f.

<sup>1847</sup> vgl.: ebd.: 9f.

<sup>1848</sup> vgl.: EPI 4.2: 16.

<sup>1849</sup> vgl.: ebd.: 24.

des Beines, entweder als Fakt wahrgenommen oder als Möglichkeit gedanklich vorweggenommen zu haben und zwecks Problemlösung eine Kombination von formeller und informeller Unterstützung gewählt zu haben.

#### **4.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen**

##### **4.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext**

Anzunehmen ist erstens: Zwischen den Pflegekräften und dem **im Haushalt** lebenden alten Mann hat es in der Zeit nach dem Erstbesuch mit Regelmäßigkeit Kontakte von Angesicht zu Angesicht gegeben. Die Kontakte sind vermutlich jeweils auf den Beginn sowie auf das Ende eines Pflegeeinsatzes konzentriert gewesen<sup>1850</sup>. Anzunehmen ist zweitens: Das Pflegepersonal hat zu der **im Haus** lebenden, berufstätigen Tochter unregelmäßig Kontakt gehabt. Nach Aussage der Krankenschwester hat das Pflegepersonal die Tochter nicht nur telefonisch und schriftlich kontaktiert, sondern hat auch den Kontakt von Angesicht zu Angesicht gesucht<sup>1851</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Tochter hat sich als konfliktträchtig erwiesen<sup>1852</sup>.

##### **4.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen**

Die Krankenschwester berichtet, im Verlaufe der Zeit nicht nur durch Beobachtung<sup>1853</sup>, sondern auch durch Kommunikation mit den Angehörigen<sup>1854</sup> Eindrücke über den Zustand ausgewählter Familienmitglieder und ausgewählter Familienbeziehungen gewonnen zu haben. Nach Auffassung der Krankenschwester hat der **Zustand der Patientin** im Verlaufe der Zeit eine punktuelle Verbesserung erfahren. Sich auf die **körperliche Verfassung** der Seniorin beziehend, zählt die Krankenschwester diverse Erkrankungen auf. Die Krankenschwester berichtet: Die Patientin sei nicht nur

---

<sup>1850</sup> vgl.: EPI 4: 12.

<sup>1851</sup> vgl.: ebd.: 3f.

<sup>1852</sup> vgl.: ebd.: 3f, 11, 19, 22ff, 33, 35.

<sup>1853</sup> vgl.: EPI 4: 28; EPI 4.2: 8.

<sup>1854</sup> vgl.: EPI 4: 17, 23, 35, 41, 50.

Diabetikerin, sondern zähle auch zu den „Gefäßkranken“<sup>1855</sup>, leide an „Herzschwäche“<sup>1856</sup> und an „Blutdruckschwankungen“<sup>1857</sup>. Die Krankenschwester teilt mit: Die Patientin sei körperbehindert. Das **linke Bein** der Patientin sei oberhalb des Knies amputiert worden<sup>1858</sup>. Der Oberschenkel des linken Beines sei als Stumpf erhalten geblieben<sup>1859</sup> und die Wunde am Stumpfende sei verheilt. Zwar sei die Wundheilung komplikationslos verlaufen<sup>1860</sup>, aber es seien Komplikationen durch Phantomschmerzen entstanden, die durch ein wenig Berührung des Stumpfes<sup>1861</sup> auslösbar seien. Die Krankenschwester teilt ferner mit: Der Patientin drohe eine Amputation des **rechten Beines**, wenn dessen „Durchblutung“<sup>1862</sup> trotz „Bypass“<sup>1863</sup> nicht zu gewährleisten sei<sup>1864</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat der Hausarzt einmal, das rechte Bein untersuchend, die Verdachtsdiagnose gestellt: Gefäßverschluss mit drohender Beinamputation<sup>1865</sup>. Jene Verdachtsdiagnose hat sich nach Auskunft der Krankenschwester als falsch erwiesen<sup>1866</sup>. Wie lässt sich der Prozess der Entwicklung und Bearbeitung jener sich als falsch entpuppenden Verdachtsdiagnose, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester ist sich bewusst: Es ist jederzeit möglich, den Zustand eines Patienten aus Versehen falsch einzuschätzen. Keiner ist davor gefeit, den Zustand eines Patienten versehentlich falsch einzuschätzen: weder Angehörige familialer Netzwerke, noch Angehörige pflegerischer und medizinischer Berufe. Es besteht sowohl die Möglichkeit, irrtümlicherweise eine vorhandene Gefährdung zu übersehen, als auch die Möglichkeit, versehentlich eine Gefährdung zu unterstellen. Jene Arten von Fehleinschätzung sind für einen Patienten keineswegs gleichermaßen folgenschwer. Die Krankenschwester erklärt: Es ist besser, versehentlich eine Gefährdung zu unterstellen, als irrtümlicherweise eine vorhandene Gefährdung zu übersehen<sup>1867</sup>.
- Die Krankenschwester weiß: Situationen diagnostischer Unsicherheit sind normale Situationen im Kontext ärztlicher Praxis. Das zu wählende Verfahren ist

---

<sup>1855</sup> EPI 4.2: 9.

<sup>1856</sup> EPI 4: 25.

<sup>1857</sup> ebd.: 44.

<sup>1858</sup> EPI 4.2: 13.

<sup>1859</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>1860</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>1861</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1862</sup> EPI 4: 28.

<sup>1863</sup> EPI 4.2: 8.

<sup>1864</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>1865</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1866</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1867</sup> vgl.: ebd.: 10.

geregelt: Es ist Gefährdung zu unterstellen und jene Unterstellung ist zu überprüfen, um für Patienten folgenschwere Fehleinschätzungen zu vermeiden. Sie weiß ferner: Jener besondere Hausarzt hat jene in Situationen diagnostischer Unsicherheit geltende Verfahrensregel beherzigt und verantwortungsgemäß gehandelt. Seine Verdachtsdiagnose hat sich als falsch erwiesen. Seine Patientin hat keinen Schaden genommen<sup>1868</sup>. Die Krankenschwester bezeichnet die Arbeitsbeziehung zu jenem Hausarzt als generell „nicht optimal“<sup>1869</sup>. Sie verdeutlicht, angesichts jener sich als falsch entpuppenden Verdachtsdiagnose jenes Hausarztes Schadenfreude empfunden und zum Ausdruck gebracht zu haben<sup>1870</sup>.

Wie lässt sich der Prozess der Entwicklung und Bearbeitung jener sich als falsch entpuppenden Verdachtsdiagnose, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet, darstellen? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe eine Schwellung am rechten Bein der Patientin wahrgenommen. Sie habe versucht, jene Schwellung durch Hochlagerung des Beines zu bearbeiten. Sie habe wahrgenommen, dass jener Bearbeitungsversuch keinen dauerhaften Erfolg gehabt habe, und habe daraufhin den Hausarzt verständigt. Auch der Hausarzt habe eine Schwellung am rechten Bein der Patientin registriert. Er habe, die registrierte Schwellung deutend, die Bildung eines Ödems als Erklärungsmöglichkeit verworfen und habe die Bildung eines Gefäßverschlusses als Erklärungsmöglichkeit gewählt: Er habe durch Tasten keinen Fusspuls festgestellt. Einen Gefäßverschluss mit drohender Beinamputation befürchtend, habe er sich veranlasst gesehen, die Patientin umgehend per Krankenwagen ins Krankenhaus bringen zu lassen. Die im Krankenhaus durchgeführte „Doppleruntersuchung“<sup>1871</sup> habe den Verdacht auf Gefäßverschluss nicht erhärtet, sondern entkräftet. Der per Hand nicht tastbare Fusspuls habe sich per Technik visuell und akustisch darstellen lassen. Zwei Stunden später sei die Patientin wieder zu Hause gewesen. Die Krankenschwester erzählt ferner: Als sie vermutet habe, dass der Hausarzt eine falsche Verdachtsdiagnose gewählt habe, habe sie ihn mit ironisch gemeinten Worten um jene Vermutung wissen lassen. Als sie gewusst habe, dass der Hausarzt eine falsche Verdachtsdiagnose gewählt habe, habe sie gelacht. Anzunehmen ist allerdings: Die Krankenschwester hat die empfundene Schadenfreude in der

---

<sup>1868</sup> vgl.: ebd.: 9f.

<sup>1869</sup> ebd.: 1.

<sup>1870</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1871</sup> ebd.: 8.



Interaktion mit dem Hausarzt nicht durch Lachen, sondern durch ironisch gemeinte Worte zum Ausdruck gebracht<sup>1872</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Während es um die **geistige Verfassung** der Seniorin in der ersten Zeit nach der Fallübernahme weiterhin schlimm bestellt gewesen sei<sup>1873</sup>, habe sich deren Geisteszustand in der letzten Zeit verbessert<sup>1874</sup>. Gleichwohl halte sich die eingetretene Verbesserung der geistigen Verfassung in Grenzen<sup>1875</sup>. Bestehende Beeinträchtigungen des Geisteszustandes seien zeitweise wahrnehmbar<sup>1876</sup>. Die Krankenschwester zeigt sich um die **seelische Verfassung** der Seniorin besorgt: Sie registriert einen extremen Verlust an Sozialkontakt<sup>1877</sup>, nimmt ein Leiden der Seniorin an jener sozialen Isolation wahr<sup>1878</sup> und bekundet Verständnis für jenes Leiden<sup>1879</sup>. Die Krankenschwester betrachtet den beeinträchtigten Geisteszustand als Schutz vor einer weitergehenden Beeinträchtigung der seelischen Verfassung. Die Krankenschwester ist der Ansicht: Würde die Seniorin begreifen, dass sie das Bein unwiederbringlich verloren hat und dass sie „angekettet ist“<sup>1880</sup>, würde deren Lebenswille schwinden.

Der Eindruck, den die Krankenschwester im Kontext des Erstbesuches über den **Zustand der Angehörigen** gewonnen hat, hat sich im Verlaufe der Zeit vermutlich verfestigt. Die Krankenschwester gewährt in der Erzählzeit Einblicke in die Zustandsbeurteilungen: Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf den Zustand ausgewählter, im Haus lebender Angehöriger. Sie beurteilt den **Zustand des alten Mannes** im Kontext seiner Körperbehinderung und körperlichen Beschwerden<sup>1881</sup> sowie im Kontext einer häuslichen Pflege, die den Verzicht auf Freizeit zur Folge hat, die er zur Befriedigung eigener Bedürfnisse nach Erholung und Selbstverwirklichung nutzen könnte<sup>1882</sup>. Sie betont erstens: Er sei „auch nicht gerade im besten Gesundheitszustand“<sup>1883</sup>. Er sei „auch nicht mehr der Stabilste“<sup>1884</sup>. Er sei im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege „voll eingebunden und sehr angebunden“<sup>1885</sup>. Die Krankenschwester betont zweitens: Der alte Mann habe trotz der mit der häuslichen Pflege verbundenen Belastungen die Bereitschaft, sein Privatleben den Anforderungen der häuslichen Pflege unterzuordnen, nicht aufgekündigt. Er habe sich allenfalls einmal eine Stunde Freizeit

---

<sup>1872</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>1873</sup> vgl.: EPI 4: 7.

<sup>1874</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>1875</sup> vgl.: ebd.: 12, 18.

<sup>1876</sup> vgl.: EPI 4: 36; EPI 4.2: 6, 17.

<sup>1877</sup> vgl.: EPI 4: 33f, 38; EPI 4.2: 17f.

<sup>1878</sup> vgl.: EPI 4.2: 20.

<sup>1879</sup> vgl.: EPI 4: 34, 38.

<sup>1880</sup> EPI 4.2: 6.

<sup>1881</sup> vgl.: EPI 4: 2, 9, 15.

<sup>1882</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>1883</sup> EPI 4.2: 23.

<sup>1884</sup> EPI 4: 44.

<sup>1885</sup> EPI 4.2: 20.

genommen<sup>1886</sup>. Die Krankenschwester nimmt die Belastung des alten Mannes wahr<sup>1887</sup>. Sie befürchtet dessen Überforderung, falls dessen Arbeitspensum ausgeweitet würde und er gefordert wäre, die seitens der Pflegekräfte erledigten Pflegearbeiten zu übernehmen. Sie erklärt: Der alte Mann kann das Spritzen und Waschen der Patientin nicht übernehmen<sup>1888</sup>. Sie betont: Sie kann nicht erwarten, dass der alte Mann angesichts seiner Belastung Hilfe beim Waschen leistet<sup>1889</sup>.

Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: Die Tochter gehe einer die ganze Woche und den ganzen Tag währenden Berufstätigkeit nach und sei gefordert, die Berufstätigkeit mit doppelter Hausarbeit in Einklang zu bringen<sup>1890</sup>. Die Tochter habe ihr erklärt: „Sie kann am Wochenende wenigstens einmal ausschlafen“<sup>1891</sup>. Die Tochter habe die Vormittagszeit am Wochenende als einzige Möglichkeit definiert, Zeit in die Erholung der eigenen Person und Zeit in die Reproduktion der eigenen Arbeitskraft zu investieren<sup>1892</sup>. Die Krankenschwester beurteilt den **Zustand der Tochter** im Kontext jener beruflichen und privaten Verpflichtungen, denen sie die Tochter ausgesetzt sieht. Sie unterscheidet zwischen der eigenen Sichtweise und der Sichtweise der Tochter. Sie gewährt Einblicke in die **Sichtweise der Tochter**: Sie verweist auf deren Gefühl von Überforderung. Sie bietet die beruflichen und privaten Verpflichtungen als Erklärung für jenes Gefühl von Überforderung an. Sie erklärt: „Die fühlt sich total überfordert“<sup>1893</sup>. „Die fühlt sich überfordert, Beruf, Haushalt und alles unter einen Hut zu bekommen“<sup>1894</sup>. Sie gewährt ferner Einblicke in die **eigene Sichtweise**. Sie erklärt: „Die Tochter ist im Stress“<sup>1895</sup>. Sie diagnostiziert eine Belastung erhöhten Ausmaßes, aber keine Überforderung<sup>1896</sup>. Auch prognostiziert sie keineswegs eine Überforderung der Tochter für den Fall, dass deren Arbeitspensum erweitert würde und sie gefordert wäre, die Arbeit der Pflege am Wochenende zu übernehmen<sup>1897</sup>.

Welchen Eindruck hat die Krankenschwester im Verlaufe der Zeit über den **Zustand der familiären Beziehungen** gewonnen? Die Krankenschwester ist erstens zu der Auffassung gelangt, dass das „**Verhältnis**“<sup>1898</sup> **zwischen Mutter und Tochter** konfliktträchtig ist. Sie erklärt: Das zwischen Mutter und Tochter bestehende Verhältnis sei von einer Anspannung gekennzeichnet. Die Mutter unterlasse es, der Tochter

---

<sup>1886</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>1887</sup> vgl.: EPI 4: 35; EPI 4.2: 20.

<sup>1888</sup> vgl.: EPI 4: 24.

<sup>1889</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>1890</sup> vgl.: ebd.: 10, 46, 50.

<sup>1891</sup> ebd.: 50.

<sup>1892</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1893</sup> ebd.: 23.

<sup>1894</sup> ebd.: 32f.

<sup>1895</sup> ebd.: 50.

<sup>1896</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>1897</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>1898</sup> ebd.: 39; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

freiwillig bei der Hausarbeit zu helfen. Jene Unterlassung habe jene Anspannung zur Folge. Die Krankenschwester vertritt zweitens die Auffassung, dass sich auch im **Verhältnis zwischen den Eheleuten** Konfliktpotentiale ausmachen lassen. Sie erklärt: Der alte Mann „hat nichts zu lachen“<sup>1899</sup>. Jenes Verhältnis rekonstruierend, thematisiert die Krankenschwester zum einen Bedürfnisse nach sozialer Bindung und sozialer Wertschätzung, zum anderen Bedürfnisse nach Erholung. Sie gewährt Einblicke in **Wertvorstellungen**, die sie selber in Bezug auf die Gestaltung von Familienbeziehungen unterhält.

- Sie weiß: Pflegende Angehörige haben Bedürfnisse nach Erholung. Sie schätzt vermutlich eine seitens pflegebedürftiger Personen praktizierte **Rücksichtnahme** auf jene Erholungsbedürfnisse. Sie hält es vermutlich für selbstverständlich, wenn pflegebedürftige Personen den sie pflegenden Angehörigen Spielräume zur Befriedigung von Bedürfnissen nach Erholung gewähren.
- Sie weiß: Auch pflegende Angehörige haben Bedürfnisse nach sozialer Bindung und sozialer Wertschätzung. Sie schätzt vermutlich eine seitens pflegebedürftiger Personen praktizierte **Rücksichtnahme** auf jene Bedürfnisse nach sozialer Bindung und sozialer Wertschätzung. Sie betrachtet es vermutlich als Selbstverständlichkeit, wenn pflegebedürftige Personen den sie pflegenden Angehörigen zumindest mit Höflichkeit begegnen.

Die Krankenschwester sieht jene Wertvorstellungen im Einzelfall vermutlich verletzt. Sie berichtet erstens: Die Seniorin reagiere auf Versuche des Ehemannes, sich gelegentlich eine halbe Stunde zu erholen<sup>1900</sup> und seinem „Hobby“<sup>1901</sup> nachzugehen, immer nur mit Verärgerung, niemals mit Verständnis. Der Ehemann „muß [sic.] stundenlang in der Küche“<sup>1902</sup> verweilen, um seiner Ehefrau Gesellschaft zu leisten<sup>1903</sup>. Sie berichtet zweitens: Die Seniorin behandle ihren Ehemann „immer ein bisschen derber. Das tut mir immer so weh. Aber der kennt es ja auch nicht anders“<sup>1904</sup>. Sie unterstellt vermutlich, dass es für den Ehemann eine alltägliche Erfahrung ist, von seiner Ehefrau mit Unhöflichkeit behandelt zu werden, und dass jene alltägliche Erfahrung dessen Gefühl von persönlicher Verletztheit mindert.

---

<sup>1899</sup> ebd.: 40.

<sup>1900</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>1901</sup> ebd.: 15.

<sup>1902</sup> ebd.: 14.

<sup>1903</sup> vgl.: EPI 4.2: 20.

<sup>1904</sup> EPI 4: 41.

#### 4.2.2.3. Die Formulierung von Zielsetzungen

Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat sich dem erklärten Ziel der Angehörigen angeschlossen, der **zu pflegenden Person** eine solange wie möglich währende Pflege im häuslichen Kontext zu bieten<sup>1905</sup> und sie hat sich dem Ziel verschrieben, eine Verschlimmerung des körperlichen Zustands der Patientin zu vermeiden<sup>1906</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung auch Ziele verfolgt, die sich auf faktisch und potentiell **pflegende Personen** beziehen. Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf die Sicherstellung der häuslichen Pflege am Wochenende und erklärt: Sie habe zwei Parteien wahrgenommen. Sie habe die Pflegekräfte als **faktisch** pflegende Personen erlebt und sie habe ein ausgewähltes Mitglied des familialen Netzwerkes, die berufstätige Tochter, als **potentiell** pflegende Person betrachtet. Sie habe im Verlaufe der Zeit vergeblich versucht, das im Rahmen des Erstbesuches gewählte Ziel zu verwirklichen, die informelle Pflege am Wochenende durch jenes Familienmitglied sicherstellen zu lassen. Der Konflikt um jenes Ziel habe im Rahmen des Erstbesuches begonnen und habe sich im Verlaufe der Zeit in einem Konflikt um die Arbeit an der Zielerreichung niedergeschlagen, ohne ein den Pflegekräften genehmes Ende gefunden zu haben. Die Krankenschwester verdeutlicht am Beispiel der Pflege am Wochenende: Sie ist sich der **Gegensätzlichkeit beider Parteien** bewusst. Entlastung der einen Partei kann Belastung der anderen Partei bedeuten. Sie hat die Belastung der eigenen Partei, die mit der Übernahme des Wochenenddienstes verbunden gewesen ist, als unnötig betrachtet. Sie hat mit Bezug auf die Wochenenden zwar Bedarf an Pflege wahrgenommen, aber keinen Bedarf an formeller Pflege unterstellt. Sie hat eine mit der Entlastung der eigenen Partei verbundene Überforderung der Gegenpartei für vermeidbar gehalten: Sie hat nicht geplant gehabt, den Wochenenddienst ohne vorherige Anleitung der Tochter einzustellen. Eine mit der Entlastung der eigenen Partei verbundene Mehrbelastung der Gegenpartei hat sie für verantwortbar gehalten. Sie betrachtet eine durch Beendigung des Wochenenddienstes realisierbare Entlastung der eigenen Partei im Einzelfall als Ideallösung. Eine **Entlastung auf Gegenseitigkeit**, realisierbar durch Fortsetzung eines gekürzten Wochenenddienstes, zieht sie im Einzelfall als Kompromisslösung in Betracht<sup>1907</sup>. Denkbar wäre: Das Pflegepersonal versieht den Wochenenddienst im Wechsel mit der Tochter. Denkbar wäre auch: Das Pflegepersonal übernimmt im Rahmen seines Wochenenddienstes ausschließlich den

---

<sup>1905</sup> vgl.: ebd.: 16, 43.

<sup>1906</sup> vgl.: ebd.: 4f, 10, 25ff.

<sup>1907</sup> vgl.: ebd.: 19, 23, 35.

Spritzdienst, derweil die Tochter im Rahmen ihres Wochenenddienstes den Waschdienst übernimmt.

Die Krankenschwester richtet die Aufmerksamkeit auf die Sicherstellung der Pflege am Wochenende und erklärt: Sie habe das Angebot, erst mal den Wochenenddienst zu übernehmen, als Angebot verstanden wissen wollen, übergangsweise formelle Unterstützung zu leisten, um informelle Unterstützung zu fördern und um einer Überforderung jener Angehörigen vorzubeugen, die ihrer Ansicht nach jene informelle Unterstützung hätte leisten können und sollen. Dem Angebot, erst mal Wochenenddienst zu leisten, sei jedoch keine Stärkung des familialen Engagements gefolgt. Die Angehörige habe das Angebot, erst mal den Wochenenddienst zu übernehmen, als Möglichkeit betrachtet, nicht übergangsweise, sondern dauerhaft zu vermeiden, Wochenendes selber Pflege zu leisten<sup>1908</sup>.

Die Krankenschwester ist der Auffassung: Ein Engagement der Pflegekräfte soll das Engagement der familialen Netzwerke stärken. Sie hegt die Befürchtung: Das Engagement der familialen Netzwerke wird durch ein Engagement der Pflegekräfte geschwächt. Sie befürchtet: Nicht nur Taten, wie die Übernahme von Pflegeeinsätzen am Wochenende, sondern auch Worte, wie das Versprechen zur Übernahme von Pflegeeinsätzen am Wochenende, tragen zu einer Schwächung des familialen Engagements bei. Führt ein Engagement der Pflegekräfte nicht zu einer Stärkung, sondern zu einer Schwächung des familialen Engagements, droht ein Belastungsanstieg auf Seiten der Pflegekräfte und eine Destabilisierung der häuslichen Pflege.

Die Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes hat entschieden: Für ausgewählte Pflegeleistungen sind künftig Gebühren zu erheben. Die Höhe der finanziellen Selbstbeteiligung ist dabei von der praktischen Selbstbeteiligung abhängig zu machen. Die Krankenschwester ist in jedem Einzelfall gefordert zu entscheiden: Sind die Voraussetzungen erfüllt, um das Verfahren der finanziellen Selbstbeteiligung einzuleiten? In welcher Höhe soll eine finanzielle Selbstbeteiligung geleistet werden? Wenn Angehörige im Rahmen eines Pflegeeinsatzes nach Ansicht der Krankenschwester praktische Selbstbeteiligung erkennen lassen, dann sollen die im Rahmen der finanziellen Selbstbeteiligung zu tragenden Pflegekosten gesenkt werden. Jene Verknüpfung zwischen finanzieller und praktischer Selbstbeteiligung kann nicht nur zu einer Stärkung des familialen Engagements, sondern auch zu einer Schwächung des familialen Engagements führen. Die Krankenschwester berichtet, im Einzelfall erlebt zu haben, dass sich die Forderung nach finanzieller Selbstbeteiligung nicht nur von Pflegekräften nutzen lässt, um der Forderung nach praktischer Selbstbeteiligung

---

<sup>1908</sup> vgl.: ebd.: 11.

Nachdruck zu verleihen, sondern auch von Angehörigen nutzen lässt, um die Forderung nach praktischer Selbstbeteiligung zu entkräften. In der Erzählzeit kritisiert die Krankenschwester jene besondere Angehörige, einer finanziellen Selbstbeteiligung den Vorzug vor einer praktischen Selbstbeteiligung gegeben zu haben. Sie erklärt erstens: Jene Angehörige setze die Rente ihrer Eltern lieber im Rahmen der finanziellen Selbstbeteiligung ein, um die eigene Belastung durch praktische Selbstbeteiligung zu vermeiden, als die Rente ihrer Eltern durch praktische Selbstbeteiligung zu horten, um das eigene Erbe zu schonen. Sie erklärt zweitens: Zwar könnten Angehörige eine finanzielle Selbstbeteiligung argumentativ nutzen, um sich der Forderung nach praktischer Selbstbeteiligung zu entziehen, aber im Einzelfall wäre es angezeigt, eine praktische Selbstbeteiligung auszuprobieren<sup>1909</sup>.

Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: Sie verfolge im Rahmen der Behandlung von Insulinfällen generell das Ziel, das Engagement von Laien zu fördern. Im Rahmen der Behandlung von Insulinfällen ist eine besondere Pflegeleistung zu erbringen: Insulin ist zu verabreichen. Laien sollen jene besondere Pflegeleistung selbständig verrichten. Die Krankenschwester begründet die Zielsetzung unter Bezugnahme auf einen sich im Falle der Zielerreichung einstellenden Vorteil: Laien gewinnen an Unabhängigkeit. Sie erläutert den Vorteil: Laien, die jene besondere Pflegeleistung selbständig verrichten, können die sich ihnen am Wochenende bietende Freizeit zu Zwecken ihrer Entlastung nutzen, ohne sich den Pflegeplänen der Pflegekräfte anpassen zu müssen. Die Krankenschwester ist einerseits der Auffassung: Für Laien bedeutet eine Zielerreichung nicht nur **Belastung**, sondern auch **Entlastung**. Die Krankenschwester vertritt andererseits die Auffassung: Nicht nur den Laien, sondern auch den Pflegekräften verheißt eine Zielerreichung Entlastung<sup>1910</sup>. Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit ferner: Sie sei im Rahmen der Behandlung von Insulinfällen generell darauf bedacht, Laien in der selbständigen Verrichtung der Pflege zu fördern, **ohne** sie zu **überfordern**. „Ich denke mir immer, Du kannst das auch nicht gleich das erste Wochenende von den Leuten verlangen“<sup>1911</sup>. Wie verfährt die Krankenschwester zwecks Förderung von individueller und familiärer Selbsthilfe bei Insulinfällen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie wählt eine **Zielsetzung**, die sie bedingt durch die eigene Berufsausbildung und bedingt durch die Organisation der ambulanten Pflege als Selbstverständlichkeit

---

<sup>1909</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>1910</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1911</sup> ebd.: 11.

betrachtet<sup>1912</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist ferner zu entnehmen: Sie ist einerseits bestrebt, **Arbeit an der Zielerreichung** zu leisten. Sie ist andererseits bestrebt, eine Überforderung von Laien zu vermeiden. Die Krankenschwester weiß: Eine Überforderung von Laien würde die Zielerreichung erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen<sup>1913</sup>.

- Die Krankenschwester verdeutlicht, eine Überforderung von Laien zu befürchten, unterlässt es aber, jene Befürchtung zu präzisieren. Befürchtet sie eine Überforderung von Laien nur für den Fall, dass Laien gefordert wären, die im Rahmen der Behandlung von Insulinfällen indizierte Pflegeleistung gleich das erste Wochenende selbständig zu verrichten? Befürchtet sie eine Überforderung von Laien auch für den Fall, dass Laien gefordert wären, sich gleich das erste Wochenende anleiten zu lassen, um die Befähigung zu selbständiger Verrichtung der indizierten Pflegeleistung zu erlangen<sup>1914</sup>?
- Die Krankenschwester verweist auf einen Zusammenhang zwischen der Arbeit an der Zielerreichung und der Bearbeitung des Bedarfs an formeller Unterstützung. Um eine Überforderung von Laien zu vermeiden, bedarf es zumindest übergangsweise der formellen Unterstützung durch eine Pflegekraft. Denkbar ist: Es bedarf der formellen Beratung, um Laien zu informeller Pflege zu befähigen. Denkbar ist ferner: Es bedarf der formellen Pflege, um Laien solange von informeller Pflege freizustellen, bis sie die Befähigung zu informeller Pflege erlangt haben.

#### 4.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensum

Die Krankenschwester hat auf Seiten der Patientin nicht nur Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln, sondern auch **Bedarf an medizinischer Behandlung**<sup>1915</sup> und **Bedarf an Pflege** wahrgenommen. Wie ist es um den Pflegebedarf bestellt gewesen? Es ist nach Darstellung der Krankenschwester angezeigt gewesen, auf Dauer sowohl Insulin zu verabreichen<sup>1916</sup>, als auch die Tabletteneinnahme<sup>1917</sup> und die Nahrungsaufnahme zu

---

<sup>1912</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1913</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1914</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>1915</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>1916</sup> vgl.: EPI 4.2: 2.

<sup>1917</sup> vgl.: EPI 4: 26f.

kontrollieren<sup>1918</sup>. Ist es nach Darstellung der Krankenschwester auch angezeigt gewesen, dauerhaft Hilfe bei der Körperpflege zu leisten? In der Erzählzeit bietet die Krankenschwester zwei Erzählungen an. Der ersten Erzählung ist zu entnehmen: Die Krankenschwester hat in der erzählten Zeit Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege anerkannt. Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester der Tochter mitgeteilt: „Die muss gewaschen werden“<sup>1919</sup>. In der Erzählzeit lässt die Krankenschwester jener ersten Erzählung eine Erklärung folgen. Die Erklärung lautet: Die Seniorin kann einige Körperteile<sup>1920</sup> schlecht alleine waschen, andere Körperteile kann sie gut alleine waschen<sup>1921</sup>. Jener Erklärung ist zu entnehmen: Die Krankenschwester erkennt in der Erzählzeit einen sich auf einzelne Körperteile, nicht aber einen sich auf den gesamten Körper erstreckenden Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege an<sup>1922</sup>. In der Erzählzeit lässt die Krankenschwester jener Erklärung eine zweite Erzählung folgen. Jener zweiten Erzählung ist zu entnehmen: Die Krankenschwester hat den Angehörigen mitgeteilt, dass sie plant, an einem ausgewählten Wochenende keinen Waschdienst zu leisten<sup>1923</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Jenen Plan ankündigend, ist sie der Annahme gewesen, dass die Seniorin der Hilfe bei der Körperpflege bedarf und dass deren Tochter Hilfestellung leistet<sup>1924</sup>. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester nach der Durchführung jenes Planes erfahren, dass die Seniorin „sich am Samstag alleine gewaschen“<sup>1925</sup> hat. Wie hat die Krankenschwester reagiert? Sie hat nach eigener Auskunft wochenends fortgesetzt Hilfe beim Waschen geleistet<sup>1926 1927</sup>.

- Die Krankenschwester erklärt nicht, auf Basis jener Erfahrung zu der Auffassung gelangt zu sein, den Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege in der Vergangenheit überschätzt zu haben. Die Krankenschwester erklärt auch nicht, auf Basis jener Erfahrung zu der Auffassung gelangt zu sein, in Zukunft Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege negieren zu können. Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung an der Auffassung festgehalten, dass weiterhin Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege besteht<sup>1928</sup>.

---

<sup>1918</sup> vgl.: ebd.: 9, 45.

<sup>1919</sup> ebd.: 15.

<sup>1920</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>1921</sup> vgl.: ebd.: 15f.

<sup>1922</sup> vgl.: ebd.: 15f.

<sup>1923</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>1924</sup> vgl.: ebd.: 22f.

<sup>1925</sup> ebd.: 22.

<sup>1926</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1927</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>1928</sup> vgl.: ebd.: 22f.



- Hat die Krankenschwester Zweifel gehabt? Sie hat möglicherweise befürchtet, dass sie den Hilfebedarf unterschätzt und die Seniorin überfordert, wenn sie auf Basis jener Erfahrung Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege negiert. Sie hat möglicherweise angenommen: Wenn ein auf einzelne Körperteile begrenzter Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege anerkannt wird und wenn auf Basis jener Bedarfsdefinition Hilfe beim Waschen geleistet wird, dann wird einer Überforderung der Seniorin vorgebeugt<sup>1929</sup>.
- Die Krankenschwester weiß: Es ist jederzeit möglich, dass sie in Prozessen der Bestimmung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege aus Versehen einen Fehler begeht. Unterschätzung und Überschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege sind Fehleinschätzungen mit unterschiedlichen Folgen: Die Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege kann zur Überforderung der älteren Person führen. Die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege kann zur Unterforderung der älteren Person führen.
- Die Krankenschwester weiß ferner: Sie ist gefordert, sich in Prozessen der Bestimmung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege um Fehlervermeidung zu bemühen. Anzunehmen ist: Sie ist generell bemüht, eine nach Körperteilen differenzierte und Besonderheiten des Einzelfalles berücksichtigende Bedarfsdefinition zu erstellen<sup>1930</sup>. Anzunehmen ist auch: Sie zieht es im Zweifelsfall generell vor, Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege zu unterstellen, anstatt Bedarf an Hilfe bei der Körperpflege zu negieren.

Die Krankenschwester ist nach eigener Darstellung der Auffassung gewesen: Auch Wochenendes besteht Bedarf an Pflege. Wochenendes bedarf es aber keineswegs der formellen Pflege. Bedarf an Pflege kann und soll Wochenendes durch informelle Pflege gedeckt werden<sup>1931</sup>. Die Krankenschwester hat auf Seiten der Seniorin ferner **Bedarf an sozialer Betreuung** wahrgenommen. Sie verkündet: Die Seniorin „braucht immer auch Gesellschaft“<sup>1932</sup>. Konstatiert die Krankenschwester Unterstützungsbedarf auf Seiten der Angehörigen? Wie verfährt sie bei der Bestimmung jenes Unterstützungsbedarfes? Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: Beide Angehörige haben der Beratung bedurft<sup>1933</sup>. Erklärt die Krankenschwester in der Erzählzeit, dass beide Angehörige

---

<sup>1929</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1930</sup> vgl.: EPI 4: 15f, EPI 4.2: 22.

<sup>1931</sup> vgl.: EPI 4: 18f.

<sup>1932</sup> ebd.: 33.

<sup>1933</sup> vgl.: EPI 4: 20f, 26f, 45; EPI 4.2: 20.

gleichermaßen der Erholung bedurft haben? Sie ist sich bewusst: Auf Seiten des alten Mannes besteht punktueller Erholungsbedarf<sup>1934</sup>. Sie ist sich ferner bewusst: Auch auf Seiten der berufstätigen Tochter besteht punktueller Erholungsbedarf<sup>1935</sup>. In der Erzählzeit bleibt Bedarf an psychologischer Behandlung unerwähnt: Die Krankenschwester verdeutlicht zwar, der Ansicht zu sein, dass beide Angehörige in konflikträchtigen Familienbeziehungen leben. Sie verdeutlicht jedoch nicht, der Meinung zu sein, dass eine psychologische Behandlung angezeigt ist.

#### 4.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben

##### 4.2.2.5.1. Die Pflege

Wie sind die im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege anfallenden Aufgaben im Einzelfall verteilt worden? Wie ist es aus der Sicht der Krankenschwester um das **Engagement der Angehörigen** des familialen Netzwerkes bestellt gewesen? Denkbar ist: Wenn ein älteres Familienmitglied desorientiert ist, dann leisten Angehörige selber Aufsicht. Denkbar ist auch: Wenn ein älteres Familienmitglied desorientiert ist, dann organisieren Angehörige Aufsicht, um Aufsicht leisten zu lassen<sup>1936</sup>. Nach Auskunft der Krankenschwester haben die Angehörigen selber Aufsicht geleistet. Nach Aussage der Krankenschwester haben die Angehörigen die Tabletteneinnahme und die Nahrungsaufnahme kontrolliert<sup>1937</sup>. Die Angehörigen haben möglicherweise nicht in zeitlich begrenztem Umfang, sondern in zeitlich unbegrenztem Umfang Aufsicht geleistet. Nach Aussage der Krankenschwester ist die Leistungserbringung unter den Angehörigen ungleich verteilt gewesen. Der alte Mann und nicht dessen berufstätige Tochter hat nach Angaben der Krankenschwester als Kardinalfigur fungiert<sup>1938</sup>.

Das Engagement der Pflegekräfte ist verglichen mit dem Engagement der Angehörigen durch seine **Begrenztheit** gekennzeichnet. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe Einsätze mit einfacher Besetzung geleistet. Es sei jeweils ein Belegschaftsmitglied im Wechsel eingesetzt worden<sup>1939</sup>. Ein Einsatz habe sich in Minuten bemessen lassen. Er habe maximal dreißig Minuten gedauert<sup>1940</sup>. Das Pflegepersonal habe im Rahmen seiner Einsätze Hilfe beim Waschen geleistet und habe

---

<sup>1934</sup> vgl.: EPI 4: 5.

<sup>1935</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1936</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1937</sup> vgl.: EPI 4: 26, 44f; EPI 4.2: 20.

<sup>1938</sup> vgl.: EPI 4: 26f, 44f; EPI 4.2: 20.

<sup>1939</sup> vgl.: EPI 4: 21.

<sup>1940</sup> vgl.: ebd.: 13.

Insulin verabreicht<sup>1941</sup>. Es habe das „Druckgeschwür an der Ferse des Beines mit dem Bypass“<sup>1942</sup> behandelt und es habe eine Schwellung am Unterschenkel des Beines mit dem Bypass“<sup>1943</sup> beobachtet. Es habe die Tabletten gerichtet<sup>1944</sup>. Es habe im Rahmen seiner Einsätze zwar die Austeilung der Tabletten und die Zuteilung der Nahrung, nicht aber die Einnahme von Tabletten und Nahrung kontrolliert<sup>1945</sup>. Es habe im Verlaufe der Zeit den zweiten Einsatz pro Einsatztag eingestellt<sup>1946</sup>.

Das **Engagement der Pflegekräfte** zeichnet sich, verglichen mit dem Engagement der Angehörigen, auch durch die Anforderung aus, das **Engagement im Einzelfall** mit dem Engagement im **Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal sei nicht nur gehalten gewesen, einen Einsatzplan für die Bearbeitung des Einzelfalles zu entwickeln, sondern habe sich auch gefordert gesehen, die für die Bearbeitung der übrigen Fälle entwickelten Einsatzpläne zu verändern. Die Krankenschwester betont: Die Einsatzpläne für die anderen Fälle seien problemlos zu verändern gewesen. Die Krankenschwester erklärt: In Fällen, in denen das Arbeitsverhältnis bereits seit längerer Zeit bestehe, lasse sich eine Verständigung über eine den Pflegekräften konvenierende Änderung von Arbeitsbedingungen leichter herstellen<sup>1947</sup>.

Nach Aussage der Krankenschwester hat sich die Anzahl der Einsätze an ausgewählten Einsatztagen<sup>1948</sup>, nicht aber die Anzahl der Einsatztage pro Woche reduzieren lassen<sup>1949</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Der im Kontext des Erstbesuches gebahnte Konflikt um den **Dienst am Wochenende** ist im Verlaufe der Zeit nicht in einer den Pflegekräften genehmen Weise bewältigt worden<sup>1950</sup>. Das Pflegepersonal hat den Wochenenddienst versehen, obgleich es aus seiner Sicht Wochenendes keineswegs (in vollem Umfang) des Einsatzes einer Pflegekraft bedurft hätte<sup>1951</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester kann ferner entnommen werden: Die Krankenschwester beurteilt jene im Rahmen des Wochenenddienstes übernommenen Pflegeleistungen, den Waschdienst und den Spritzdienst, als einfache Pflegeleistungen<sup>1952</sup>. Die Krankenschwester hegt den **Anspruch**: Ein ausgewähltes Mitglied des familialen Netzwerkes, die berufstätige Tochter, soll am Wochenende

---

<sup>1941</sup> vgl.: ebd.: 4, 49.

<sup>1942</sup> EPI 4.2: 21.

<sup>1943</sup> ebd.: 8.

<sup>1944</sup> vgl.: EPI 4: 26.

<sup>1945</sup> vgl.: ebd.: 26f, 45.

<sup>1946</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1947</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>1948</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>1949</sup> vgl.: ebd.: 4, 15, 23.

<sup>1950</sup> vgl.: ebd.: 11f, 23.

<sup>1951</sup> vgl.: ebd.: 18f, 23.

<sup>1952</sup> vgl.: ebd.: 18f.

möglichst sowohl den Waschdienst, als auch den Spritzdienst übernehmen<sup>1953</sup>. Die Tochter soll wochenends zumindest den Waschdienst versehen<sup>1954</sup>. Die Krankenschwester sieht ihre Anspruchshaltung **verletzt**. Sie erklärt: Das Pflegepersonal habe den Wochenenddienst übernommen, „denn die steht ja nicht auf“<sup>1955</sup>.

Die Krankenschwester hadert **in der Erzählzeit** mit der realisierten Lösung: der formellen Pflege am Wochenende<sup>1956</sup>. Sie schildert: Wenn sie sich vorstelle, dass die Tochter sich erhole, während sie selber wegen deren fehlenden pflegerischen Engagements auf Erholung verzichten müsse, dann empfinde sie mitunter Ärger über deren Rücksichtslosigkeit. Andererseits denke sie: „Mensch, das ist auch ein armes Luder“<sup>1957</sup>. Aber sie persönlich sei auf Seiten der Belegschaft nicht die allein Leidtragende. Sie sieht jedes Mitglied der Belegschaft gefordert, eine Mehrbelastung zu tragen, die vermeidbar wäre, wäre jene besondere Angehörige an den Wochenenden in den Arbeitsprozess der Pflege eingebunden<sup>1958</sup>. Die Krankenschwester bespricht in der Erzählzeit **Kompromisslösungen**, die sie der realisierten Lösung vorziehen würde, aber in der erzählten Zeit als nicht realisierbar erlebt hat. Jene Kompromisslösungen in der Erzählzeit besprechend, bleibt die Aufmerksamkeit der Krankenschwester auf die Möglichkeiten und Grenzen gerichtet, ein besonderes Familienmitglied zu engagieren. Die Krankenschwester vertritt einerseits die Auffassung: Sie persönlich zeichne sich durch Kompromissbereitschaft aus, indes jene Angehörige durch Kompromisslosigkeit auffalle. Die Krankenschwester benennt andererseits die Grenzen der eigenen Kompromissbereitschaft. Sie berichtet nicht, jene Angehörige in der erzählten Zeit eingeweiht zu haben, dass sie eine Kompromisslösung fordert.

Ein **Wochenenddienst im Wechsel** wäre für das Pflegepersonal die **beste Kompromisslösung**: Beide Parteien, Tochter und Pflegekräfte, würden abwechselnd dieselben Pflegeleistungen, den Spritzdienst und den Waschdienst, übernehmen. In der Erzählzeit betont die Krankenschwester als erstes: Sie kann den Wunsch jener berufstätigen Angehörigen verstehen, sich am Wochenende auszuschlafen. Sie kündigt als zweites eine Einschränkung an und führt als drittes ein Gedankenexperiment durch, mit dem sie jene Einschränkung erläutert: Wenn jene Angehörige darauf verzichtet hätte, sich jenen Wunsch jedes Wochenende zu erfüllen, und zumindest einen Wochenenddienst jedes zweite Wochenende übernommen hätte, dann wäre der Wochenenddienst geteilt und die Krankenschwester würde einen geteilten Dienst nicht

---

<sup>1953</sup> vgl.: ebd.: 18f, 23.

<sup>1954</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1955</sup> ebd.: 23.

<sup>1956</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1957</sup> ebd.: 24.

<sup>1958</sup> vgl.: ebd.: 21, 24.

derart widerwillig übernehmen wie den ungeteilten Dienst<sup>1959</sup>. Die Krankenschwester findet in der Erzählzeit zwar Wortes des Verständnisses für das Bedürfnis jener berufstätigen Angehörigen, sich am Wochenende zu erholen<sup>1960</sup>. Sie findet in der Erzählzeit jedoch kein Wort des Verständnisses für deren Versuche, Bedürfnisbefriedigung ohne jedwede Rücksichtnahme auf die Pflegekräfte zu betreiben. Plädiert die Krankenschwester für den Wochenenddienst im Wechsel, erklärt sie, **mit** Einschränkung bereit zu sein, das Erholungsbedürfnis der Tochter zu berücksichtigen. Ein **Wochenenddienst mit getrennten Aufgaben** wäre für das Pflegepersonal die **zweitbeste Kompromisslösung**: Beide Parteien, Tochter und Pflegekräfte, würden jeweils unterschiedliche Pflegeleistungen verrichten. Die Pflegekräfte würden den Spritzdienst übernehmen und die Tochter würde den Waschdienst versehen. Nach Aussage der Krankenschwester basiert der Widerstand jener Angehörigen, den Pflegedienst an den Wochenenden zu versehen, nicht nur auf dem Wunsch, sich am Wochenende auszuschlafen<sup>1961</sup>, sondern auch auf der „Angst, pflegerische Maßnahmen zu übernehmen“<sup>1962</sup>. Die Krankenschwester vertritt die Auffassung: Jener Angehörigen fehle es an Vertrauen in die eigene Fähigkeit, den Spritzdienst und den Waschdienst zu versehen<sup>1963</sup>. Folglich empfinde sie sowohl die Anforderung, den Spritzdienst zu leisten, als auch die Anforderung, den Waschdienst zu leisten, als beängstigend<sup>1964</sup>. Die Krankenschwester betont erstens: Es sei „keine anspruchsvolle Pflege“<sup>1965</sup> zu verrichten. Folglich könnte jene Angehörige die Pflege an den Wochenenden leisten<sup>1966</sup>. Die Krankenschwester betont zweitens: Sie respektiere allenfalls den Widerstand gegen die Übernahme des Spritzdienstes, keineswegs aber den Widerstand gegen die Übernahme des Waschdienstes<sup>1967</sup>. Plädiert die Krankenschwester für den Wochenenddienst mit getrennten Aufgaben, erklärt sie, **ohne** Einschränkung bereit zu sein, das Erholungsbedürfnis jener Angehörigen zu berücksichtigen: Der Waschdienst kann im Unterschied zum Spritzdienst nämlich zu jeder beliebigen Tageszeit absolviert werden. Die Krankenschwester billigt **mit** Einschränkung die Versuche jener Angehörigen, Pflege durch das Personal leisten zu lassen, um das eigene Sicherheitsbedürfnis durch Vermeidung von Angst, anstatt durch Bewältigung von Angst zu befriedigen<sup>1968</sup>.

---

<sup>1959</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1960</sup> vgl.: ebd.: 23, 50.

<sup>1961</sup> vgl.: ebd.: 23, 59.

<sup>1962</sup> ebd.: 6.

<sup>1963</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>1964</sup> vgl.: ebd.: 6, 8.

<sup>1965</sup> ebd.: 18f.

<sup>1966</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>1967</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1968</sup> vgl.: ebd.: 6.

Die Krankenschwester versucht in der Erzählzeit nicht, deren Angst vor der Anforderung, Waschdienst zu leisten, verständlich zu machen<sup>1969</sup>. Sie versucht vielmehr, jene Anforderung als zumutbar erscheinen zu lassen. Von den Besonderheiten des Einzelfalles, d.h. von der Beinamputation und dem Phantomschmerz, abstrahierend, führt sie in der Erzählzeit zwei Gedankenexperimente durch. Im Rahmen des **ersten Gedankenexperimentes** vergleicht sie die Anforderung, sich selber zu waschen, mit der Anforderung, den Waschdienst zu übernehmen. Sie erklärt: Die Tochter beweise die Fähigkeit zur Übernahme des Waschdienstes durch die Körperpflege, die sie an der eigenen Person verrichte<sup>1970</sup>. Sie lässt Angst aufgrund fehlenden Vertrauens in die Fähigkeit, die Technik der Körperpflege zu beherrschen, als unverständliche Angst erscheinen. Sie blendet Möglichkeiten aus, deren Angst verständlich zu machen. Möglicherweise befürchtet die Tochter, dass die Mutter während des Waschdienstes stürzt. Möglicherweise fürchtet sie sich vor dem Anblick und vor der Berührung des Beinstumpfes. Denkbar ist: Sie befürchtet, der Mutter bei Berührung des Beinstumpfes Schmerzen zuzufügen. Denkbar ist auch: Sie fürchtet, dass die Mutter über Schmerzen klagt und dass die Mutter sie anklagt, sie füge ihr bei Berührung des Beinstumpfes Schmerzen zu. Möglicherweise befürchtet sie, der Mutter nicht begreiflich machen zu können, dass sie ihr bei Berührung des Beinstumpfes keineswegs absichtlich Schmerzen zufügt. Im Rahmen des **zweiten Gedankenexperimentes** richtet die Krankenschwester die Aufmerksamkeit nicht das subjektive Kriterium der Angst<sup>1971</sup>, sondern auf das objektive Kriterium messbarer Zeit. Sie sieht die Tochter gefordert, Hilfe beim Waschen des Unterkörpers zu leisten. Sie vergleicht die Anforderung, eine Teilkörperwäsche zu vollziehen, mit der Anforderung, eine Ganzkörperwäsche durchzuführen. Sie vergleicht den Zeitbedarf für die Teilkörperwäsche mit dem Zeitbedarf für eine Ganzkörperwäsche. Sie erklärt: „Das Ganze ist eine halbe-Stunde-Sache“<sup>1972</sup>. Sie betont: Deswegen vertrete sie die Auffassung, „am Wochenende wäre das für die Tochter kein großartiges Problem“<sup>1973</sup>.

- Denkbar ist: Angehörige pflegebedürftiger Personen hoffen auf Erholung und erleben die Anforderung, informelle Pflege zu leisten, als Bedrohung ihres Erholungsbedürfnisses. Denkbar ist ferner: Sie wünschen Sicherheit und erleben die Anforderung, informelle Pflege zu leisten, als Bedrohung ihres Sicherheitsbedürfnisses. Angehörige pflegebedürftiger Personen können den

---

<sup>1969</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1970</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1971</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>1972</sup> ebd.: 35.

<sup>1973</sup> ebd.: 35.

**Wunsch nach formeller Pflege** manifestieren, um Bedürfnisse nach Erholung und Sicherheit zu befriedigen.

- Wenn die Krankenschwester wahrnimmt, dass Angehörige den Wunsch nach formeller Pflege erkennen lassen, dann ist sie gefordert, den **Bedarf an formeller Pflege** zu prüfen. Die Krankenschwester ist nicht verpflichtet, Wünsche nach Pflege zu erfüllen. Sie ist vielmehr bedingt verpflichtet, Bedarf an Pflege zu bearbeiten. Wenn sie Bedarf an formeller Pflege anerkennt, dann ist sie gefordert, sich im Rahmen organisatorischer Möglichkeiten und sachlicher Notwendigkeiten zu engagieren.
- Bedarf an formeller Pflege ist eine interpretationsbedürftige Größe. Die Krankenschwester verdeutlicht: Sie kann sich gefordert sehen, Bedarf an formeller Pflege nicht nur bei schwierigen, sondern auch bei einfachen Pflegeleistungen anzuerkennen. Sie eruiert Möglichkeiten und Grenzen informeller Pflege, um den Bedarf an formeller Pflege zu bestimmen. Die Existenz von Angehörigen, deren Präsenz am Arbeitsplatz der Pflege, deren Belastungen, deren Pflegefähigkeit und deren Pflegebereitschaft sind zentrale Bezugspunkte im Rahmen der Bestimmung des Bedarfs an formeller Pflege.
- Die Krankenschwester ist einerseits der Auffassung: Die Existenz von Angehörigen eröffnet die Möglichkeit, den Bedarf an einfachen Pflegeleistungen durch informelle Pflege zu decken. Die Krankenschwester ist sich andererseits bewusst: Trotz Existenz von Angehörigen kann der Bedarf an einfachen Pflegeleistungen möglicherweise nicht durch informelle Pflege gedeckt werden. Die Angehörigen lassen sich möglicherweise nicht engagieren, einfache Pflegeleistungen zu übernehmen.
- Angehörige sind im Unterschied zu einer Pflegekraft normalerweise weder ausbildungsmäßig auf die Lösung von Pflegeproblemen vorbereitet, noch sind sie beruflich verpflichtet, Pflegeprobleme zu lösen. Die Pflegekraft kann nicht voraussetzen, dass Angehörige am Arbeitsplatz der Pflege präsent sind. Ferner kann sie weder deren Fähigkeit, noch deren Bereitschaft voraussetzen, einfache Pflegeleistungen zu übernehmen. Pflegeleistungen, die sie als einfach bewertet, können von Angehörigen als schwierig eingestuft werden.

- Der **Anspruch**, dass Angehörige im Bedarfsfall nach Möglichkeit Pflege leisten sollen, liegt nicht in der Person der Pflegekraft, sondern in der Struktur der ambulanten Pflegeorganisation begründet. Die Pflegekraft ist in jeden Einzelfall gefordert, jenen Anspruch in fallspezifischer Weise auszulegen, um den Vorrang des familialen Netzwerkes soweit wie möglich zu wahren, ohne einer Überforderung von Angehörigen Vorschub zu leisten. Welche Pflegezeiten und Pflegeleistungen können und sollen jeweils informeller Pflege vorbehalten bleiben?
- Anzunehmen ist erstens: Die Krankenschwester hält auch im Falle der Berufstätigkeit von Angehörigen an jenem Anspruch fest<sup>1974</sup>. Anzunehmen ist zweitens: Die Krankenschwester legt jenen Anspruch auch im Falle der Berufstätigkeit von Angehörigen in fallspezifischer Weise aus<sup>1975</sup>. Sie definiert Pflegezeiten, wie das Wochenende, und Pflegeleistungen, wie einfache Pflegeleistungen, die sie auch im Falle der Berufstätigkeit von Angehörigen durch informelle Pflege abgedeckt wissen will.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Der Anspruch, Angehörige sollen im Bedarfsfall nach Möglichkeit Pflege leisten, ist mit dem Anspruch verbunden, Angehörige sollen die Pflegekräfte nach Möglichkeit unterstützen. Fehlt es den Angehörigen an der Bereitschaft, die Pflegekraft zu unterstützen, sieht die Pflegekraft sich einer Möglichkeit zur eigenen Erholung und zur Reproduktion der eigenen Arbeitskraft beraubt. Folge ist ein Gefühl der Schädigung<sup>1976</sup>.
- Wie lässt sich jenes Gefühl der Schädigung bearbeiten? Die Krankenschwester verdeutlicht: Die Kommunikation über die (verletzte) Anspruchshaltung eröffnet die Möglichkeit, jenes Gefühl der Schädigung zu beheben. Scheitert jene Handlungsstrategie bieten sich Möglichkeiten, das Gefühl der Schädigung zu mindern. Möglich ist: Sie wählt den Personalwechsel als Handlungsstrategie. Möglich ist auch: Sie wählt eine kognitive Strategie. Sie stellt Reflexionen über Person und Situation der Tochter an<sup>1977</sup>.

---

<sup>1974</sup> vgl.: ebd.: 18f.

<sup>1975</sup> vgl.: ebd.: 19, 35.

<sup>1976</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1977</sup> vgl.: ebd.: 24.



Nach Aussage der Krankenschwester hat allein das Pflegepersonal den Dienst am Wochenende versehen<sup>1978</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, auch **in der erzählten Zeit** mit jener Lösung gehadert zu haben. Das Pflegepersonal hat nach Auskunft der Krankenschwester versucht, die Tochter wochenends in den Arbeitsprozess der Pflege einzubinden. Die Tochter ist nach Aussage der Krankenschwester jedoch nicht gewillt gewesen, sich wochenends in den Arbeitsprozess der Pflege einbinden zu lassen<sup>1979</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Das Pflegepersonal hat versucht, der Tochter am Wochenende das komplette Arbeitsprogramm, den Waschdienst plus den Spritzdienst, zu übertragen. Jener Versuch ist fehlgeschlagen<sup>1980</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Das Pflegepersonal hat ferner den Versuch unternommen, der Tochter am Wochenende ein reduziertes Arbeitsprogramm, den Waschdienst, zu übertragen. Jener Versuch hat nicht den gewünschten Erfolg gehabt<sup>1981</sup>. Hat die Krankenschwester die Hoffnung gehegt, die Tochter beeinflussen zu können, sich durch praktische Selbstbeteiligung am Wochenende von einer finanziellen Selbstbeteiligung in Gestalt der Investition von Anteilen der elterlichen Rente zu befreien<sup>1982</sup>, hat sich jene Hoffnung als trügerisch erwiesen<sup>1983</sup>. Hat die Krankenschwester gehofft, auf das familiäre Netzwerk der Tochter Einfluss nehmen zu können, seinerseits die Tochter zu beeinflussen, die Pflege am Wochenende durch praktische Selbstbeteiligung zu gewährleisten, ist vermutlich auch jene Hoffnung unerfüllt geblieben<sup>1984</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Einmal habe das Pflegepersonal es unterlassen, wochenends **Hilfe beim Waschen** zu leisten. Die Krankenschwester erklärt: Jene Aktion sei „in die Hose gegangen“<sup>1985</sup>. Wie rekonstruiert die Krankenschwester jenen in der erzählten Zeit liegenden und in der Erzählzeit als gescheitert definierten Versuch, das Pflegepersonal von der Aufgabe zu befreien, wochenends Hilfe beim Waschen zu leisten<sup>1986</sup>? Die Krankenschwester schildert: Sie habe dem alten Mann „am Donnerstag“<sup>1987</sup> mitgeteilt, das Pflegepersonal werde am Wochenende abweichend vom gewohnten Arbeitsprogramm nicht das Waschen, sondern lediglich das Spritzen übernehmen. Die Krankenpflegehelferin habe, wie angekündigt, einen reduzierten Wochenenddienst geleistet. Die Krankenschwester habe den Dienst am Montag

---

<sup>1978</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>1979</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>1980</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>1981</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>1982</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>1983</sup> vgl.: EPI 4.2: 3.

<sup>1984</sup> vgl.: EPI 4: 39.

<sup>1985</sup> ebd.: 22.

<sup>1986</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>1987</sup> ebd.: 23.

versehen<sup>1988</sup>. Sie habe im Gespräch mit dem alten Mann erstens erfahren, dass er trotz der Ankündigung von der Annahme ausgegangen sei, es werde ungekürzter Wochenenddienst geleistet, und dass er über den gekürzten Wochenenddienst irritiert gewesen sei<sup>1989</sup>. Sie habe zweitens erfahren, dass die Seniorin „sich am Samstag alleine gewaschen“<sup>1990</sup> habe und dass deren Ehemann „herumhüpfen mußte [sic.]“<sup>1991</sup>. Die Krankenschwester erklärt: „Dann hatte ich ein ganz schlechtes Gewissen. Er hat mit leidgetan“<sup>1992</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: Es sei „nicht Sinn und Zweck“<sup>1993</sup> des Experimentes gewesen, dass er Hilfestellung leistet. Die Krankenschwester lässt jener Erklärung eine Bemerkung folgen. Jene Bemerkung lautet: Das Pflegepersonal übernehme weiterhin jedes Wochenende das Waschen und Spritzen, „denn die steht ja nicht auf“<sup>1994</sup>.

- Anzunehmen ist: Sinn und Zweck jenes Experimentes ist es gewesen, die Tochter an jenem Wochenende als Hilfskraft zu aktivieren<sup>1995</sup>. Hat die Krankenschwester den Plan verfolgt, die Tochter an jenem Wochenende in den Arbeitsprozess der Pflege einzubinden, wird verständlich, dass sie den Versuch als gescheitert betrachtet<sup>1996</sup>.
- Sie berichtet nicht, die Angehörigen in Sinn und Zweck des Experimentes eingeweiht zu haben. Hat sie es unterlassen, ihnen Sinn und Zweck des Experimentes zu erklären, hat sie es ihnen überlassen, von einem bekanntgegebenen Plan auf einen geheimgehaltenen Plan zu schließen und durch Schlussfolgerung den Anspruch zu entschlüsseln, eine besondere Angehörige soll sich engagieren<sup>1997</sup>.

Die Krankenschwester erzählt: Sie wollte einen Wochenenddienst nutzen, um **Badehilfe** zu leisten, und sie wollte die Tochter als zweite Hilfskraft beim Baden engagieren, „damit die auch mal ein bisschen aktiv wird“<sup>1998</sup>. Aber die Tochter habe jenen Badeeinsatz abgelehnt. Sie habe die Ablehnung mit den Wunden am Stumpf des amputierten Beines begründet, habe für eine Vertagung votiert und habe die Einwilligung in einen künftigen

---

<sup>1988</sup> vgl.: ebd.: 22.  
<sup>1989</sup> vgl.: ebd.: 22f.  
<sup>1990</sup> ebd.: 22.  
<sup>1991</sup> ebd.: 23.  
<sup>1992</sup> ebd.: 23,  
<sup>1993</sup> ebd.: 23.  
<sup>1994</sup> ebd.: 23.  
<sup>1995</sup> vgl.: ebd.: 23.  
<sup>1996</sup> vgl.: ebd.: 22.  
<sup>1997</sup> vgl.: ebd.: 23.  
<sup>1998</sup> ebd.: 16.

Badeeinsatz von der Bedingung der Wundheilung abhängig gemacht. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe einen Badeeinsatz unter der Bedingung stecknadelkopfgroß erscheinender Wunden zwar keineswegs als einen für die Patientin folgenschweren Fehler bewertet. Sie habe aber in eine Vertagung eingewilligt. In der Erzählzeit den in der erzählten Zeit liegenden Widerstand der Tochter beurteilend, erklärt die Krankenschwester erstens: Medizinische Dinge betreffend, ist die Tochter überängstlich. Sie erklärt zweitens: Sie kann jenen Widerstand der Tochter auch verstehen. Sie vermutet: Die Tochter hat eine Wundinfektion und eine neuerliche Beinoperation befürchtet<sup>1999</sup>.

- Die Krankenschwester bezeichnet die Auswahl der Zweitkraft beim Baden in der Erzählzeit als Problem. Denkbare Alternativen der Problemlösung sind einerseits das Engagement eines Belegschaftsmitgliedes, andererseits das Engagement eines Familienmitgliedes. Möglichkeiten und Grenzen der Problemlösung besprechend, behandelt die Krankenschwester nicht das Engagement eines Belegschaftsmitgliedes, sondern das Engagement eines Familienmitgliedes<sup>2000</sup>.
- Die Krankenschwester erklärt: Sie benötige zwecks Durchführung der Badehilfe einen zweiten Helfer, der nicht beim eigentlichen Akt der Körperpflege, sondern bei den der Körperpflege jeweils vor- und nachgelagerten Akten Hilfestellung leiste. Die Tochter sei nicht gewillt, sich zu engagieren und deren Vater könne nicht aufgefordert werden, sich zu engagieren. "Der hat sich schon zweimal fürchterlich verhoben"<sup>2001</sup>.
- Die Aufmerksamkeit der Krankenschwester ist nicht auf die Problemlösung an sich, sondern auf eine Art der Problemlösung gerichtet, die sie billigt. Sie akzeptiert als Problemlösung eine Lösung, die sich durch den Vorrang der Familie auszeichnet. Sie hat unter den Familienmitgliedern keine Person männlichen Geschlechts als Zweitkraft ausgewählt, sondern hat die Tochter als zweite Hilfskraft auserkoren<sup>2002</sup>.
- Die Krankenschwester erklärt, sich entschieden zu haben: Wenn die Tochter es unterlasse, Hilfestellung beim Baden zu leisten, dann unterlasse sie selber es,

---

<sup>1999</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>2000</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>2001</sup> ebd.: 20.

<sup>2002</sup> vgl.: ebd.: 20.

Badehilfe einzuführen, und müsse die Patientin auf einen Badeeinsatz warten, „bis sie schwarz wird“<sup>2003</sup>. Die Krankenschwester erklärt die Bereitschaft, in Kauf zu nehmen, dass ein auf Seiten der Patientin bestehender Wunsch zu baden unerfüllt bleibt<sup>2004</sup>.

Die Aufmerksamkeit auf die Sicherstellung der häuslichen Pflege lenkend, behandelt die Krankenschwester nicht nur die **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der Angehörigen**, sondern auch die **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements von Nachbarn**. Die Krankenschwester weiß sowohl um die Begrenztheit der Möglichkeiten eines familialen Engagements, als auch um die Begrenztheit der Möglichkeiten eines nachbarschaftlichen Engagements. Die Krankenschwester berichtet: Eine Nachbarin habe einen Pflegekurs absolviert. Jene Nachbarin habe im Rahmen jenes Pflegekurses die Fähigkeit erworben, einfache Pflegeleistungen zu verrichten. Die Krankenschwester erklärt: Die Nachbarin könne Insulin spritzen. Die Krankenschwester erzählt: Die Nachbarin habe wiederholt die Bereitschaft erklärt, behilflich zu sein. Die Nachbarin habe sowohl ihr, als auch der Tochter angeboten, Hilfestellung zu leisten<sup>2005</sup>. Die Tochter habe keine Bereitschaft erkennen lassen, die seitens der Pflegekräfte geleistete formelle Pflege durch eine seitens der Nachbarin zu leistende informelle Pflege zu ersetzen. Die Tochter habe ihr mitgeteilt: „Solange Sie kommen, brauche ich die nicht in Anspruch nehmen. Sie kommen doch das Wochenende, dann brauche ich die nicht in Anspruch zu nehmen“<sup>2006</sup>. Die Krankenschwester vermutet: Die Nachbarin lasse sich weder engagieren, dauerhaft Hilfestellung zu leisten<sup>2007</sup>, noch lasse sie sich engagieren, auf freiwilliger Basis am Wochenende Pflege zu leisten<sup>2008</sup>. Die Krankenschwester befürchtet: Wenn man versuchen würde, die Nachbarin „doll in Anspruch zu nehmen, dann würde sie sich ein bißchen [sic.] wehren“<sup>2009</sup>. Die Krankenschwester betont: Sie könne sich jenen Widerstand sowohl vorstellen als auch verstehen<sup>2010</sup>.

Hat es im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege Überschneidungen im Engagement von Pflegepersonal und Angehörigen gegeben? Hat es Überschneidungen in den **Arbeitsleistungen** gegeben? Die Krankenschwester berichtet: Sowohl die Angehörigen, als auch die Pflegekräfte haben Pflege geleistet. Die Angehörigen haben

---

<sup>2003</sup> ebd.: 16.

<sup>2004</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>2005</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>2006</sup> ebd.: 22.

<sup>2007</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>2008</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2009</sup> ebd.: 24.

<sup>2010</sup> vgl.: ebd.: 24, 31.

aber nicht dieselben Einzelleistungen wie die Pflegekräfte erbracht<sup>2011</sup>, sondern haben andere Einzelleistungen als die Pflegekräfte übernommen<sup>2012</sup>. Ist es zu Überschneidungen in den **Arbeitszeiten** gekommen? Die Krankenschwester berichtet: Die Angehörigen haben in der Zeit **zwischen** den Einsätzen des Personals, nicht aber in der Zeit **während** der Einsätze des Personals Pflegeleistungen erbracht<sup>2013</sup>.

Die Krankenschwester bezeichnet nicht das Engagement der Familie, sondern das Engagement der Pflegekräfte als erfolgreich. Sie berichtet: Auf Seiten der Patientin habe sich im Verlaufe der Zeit partielle Selbständigkeit bei der Körperpflege herstellen lassen. Sie betrachtet jene Veränderung als ein „kleines positives Ergebnis“<sup>2014</sup>. Sie erlebt jene Veränderung als Erfolg der eigenen Arbeit<sup>2015</sup>. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Die Pflegekräfte haben einen Beitrag zur **Entlastung der Angehörigen** geleistet<sup>2016</sup>. Die Krankenschwester ist ferner der Ansicht: Die Angehörigen erleben das Engagement der Pflegekräfte als Entlastung<sup>2017</sup>. Haben die Angehörigen nach Meinung der Krankenschwester zur **Entlastung der Pflegekräfte** beigetragen? Die Krankenschwester ist der Auffassung: Die eigene Mehrbelastung wäre teilweise vermeidbar gewesen, hätte die Tochter es wochenends nicht an Unterstützung der Pflegekräfte fehlen lassen<sup>2018</sup>.

#### 4.2.2.5.2. Die Beratung

Anzunehmen ist: Das Beratungsprogramm ist in Verbindung mit dem Pflegeprogramm durchgeführt worden. Das Pflegepersonal hat keine gesonderten Beratungseinsätze eingerichtet. Anzunehmen ist ferner: Das Pflegepersonal hat alle Mitglieder des familialen Netzwerkes beraten, denen es im Rahmen der Fallbearbeitung begegnet ist. Das Pflegepersonal hat nach Auskunft der Krankenschwester erlebt, dass sich weder voraussetzen lässt, dass Angehörige sich beraten lassen<sup>2019</sup>, noch dass deren Bereitschaft, sich beraten zu lassen, eine Garantie dafür ist, dass sie der Beratung fehlerfrei Folge leisten<sup>2020</sup>. Das Pflegepersonal hat nach Aussage der Krankenschwester versucht, im Rahmen der Pflegeberatung **Aufklärung über Pflegetechniken** zu leisten. Die Krankenschwester erzählt: Das Pflegepersonal habe geplant gehabt, die Tochter zu

---

<sup>2011</sup> vgl.: ebd.: 4, 12, 24.

<sup>2012</sup> vgl.: ebd.: 26f, 44f.

<sup>2013</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>2014</sup> ebd.: 49.

<sup>2015</sup> vgl.: ebd.: 34f.

<sup>2016</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>2017</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2018</sup> vgl.: ebd.: 18f, 23f.

<sup>2019</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>2020</sup> vgl.: EPI 4.2: 20.

beeinflussen, ausgewählte Pflegeleistungen, d.h. den Waschdienst und den Spritzdienst, zu übernehmen. Die Tochter habe sich jedoch nicht beeinflussen lassen, jene Pflegeleistungen zu übernehmen. Nicht nur der Versuch, ihr die Technik der Hilfestellung beim Waschen zu zeigen, sondern auch der Versuch, sie in der Technik der Verabreichung von Insulininjektionen zu unterweisen, sei gescheitert<sup>2021</sup>. Wie lassen sich jene fehlgeschlagenen Beratungsversuche, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat den Anspruch gehegt, dass die Angehörige sich anleiten lässt und nach erfolgter Anleitung die Pflege am Wochenende übernimmt. Sie hat erlebt, dass die Angehörige jenen Anspruch verletzt, und hat entschieden, dass es angezeigt ist, den Versuch zu starten, die fortgesetzte Verletzung jener Anspruchshaltung zu beenden<sup>2022</sup>. Sie hat mit Unterstützung der Krankenpflegehelferin den Versuch unternommen, der fortgesetzten Verletzung jener Anspruchshaltung ein Ende zu setzen. Jener Versuch ist allerdings erfolglos verlaufen<sup>2023</sup>: Die fortgesetzte Verletzung der Anspruchshaltung hat sich nicht beenden lassen<sup>2024</sup>.
- Wie ist die Krankenpflegehelferin im Rahmen jenes Versuches, die fortgesetzte Verletzung jener Anspruchshaltung zu beenden, vorgefahren? Nach Aussage der Krankenschwester hat die Krankenpflegehelferin, mit der Tochter kommunizierend, einen Beratungstermin anberaumt<sup>2025</sup>. Möglich ist: Die Krankenpflegehelferin hat sich in der Kommunikation mit der Tochter damit begnügt, die Tochter über den für die nähere Zukunft geltenden Anspruch aufzuklären, und hat es der Tochter überlassen, auf den für die fernere Zukunft geltenden Anspruch zu schließen. Die Tochter soll sich zunächst am Beratungsprogramm beteiligen, um sodann am Pflegeprogramm mitzuwirken, indem sie die Pflege am Wochenende übernimmt.
- Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben die Erfahrung gemacht: Die Tochter hat dem seitens der Krankenpflegehelferin anberaumten Beratungstermin zwar zugestimmt, hat den anberaumten Beratungstermin aber

---

<sup>2021</sup> vgl.: EPI 4: 3f; EPI 4.2: 2.

<sup>2022</sup> vgl.: EPI 4: 3.

<sup>2023</sup> vgl.: ebd.: 3f.

<sup>2024</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2025</sup> vgl.: ebd.: 3f.

nicht wahrgenommen. Wie hat die Krankenschwester jene Erfahrung gedeutet? Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Jene Erfahrung deutend, hat sie diagnostiziert, dass der Tochter die Bereitschaft gefehlt hat, sich beraten zu lassen. Jene Erfahrung deutend, hat sie ferner prognostiziert, dass sich deren fehlende Bereitschaft, sich beraten zu lassen, nicht überwinden lässt<sup>2026</sup>.

- Hat auch die Krankenschwester im Verlauf der Fallbearbeitung versucht, mit der Tochter über den Anspruch zu kommunizieren, sie soll am Wochenende informelle Pflege leisten? Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester eine sich bietende Gelegenheit genutzt, die Tochter über die Belastung aufzuklären, die dem Pflegepersonal aus der Übernahme des Wochenenddienstes erwächst<sup>2027</sup>. Möglicherweise hat sie es der Tochter überlassen, von der Aufklärung über die Belastung, die dem Pflegepersonal aus der Übernahme des Wochenenddienstes erwächst, auf den Anspruch zu schließen, die Tochter soll die Pflege am Wochenende selber leisten.

Wie stellen sich jene fehlgeschlagenen Beratungsversuche, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester schildert: Sie habe wochenlang erlebt, dass die Tochter es unterlassen habe, am Wochenende mit dem Pflegepersonal Kontakt aufzunehmen. Sie habe sich auf einmal entschieden, es sei angezeigt, mit der Tochter in Kontakt zu treten. Sie habe der Krankenpflegehelferin jene Entscheidung im Rahmen einer Fallbesprechung mitgeteilt: „Jetzt ist Schluß [sic.]. Wir müssen mit der Tochter reden!“<sup>2028</sup> Sie habe das Angebot der Krankenpflegehelferin angenommen, das Gespräch mit der Tochter zu suchen. Sie habe die Krankenpflegehelferin gebeten, eine Gesprächsführung zu wählen, die „nicht so aggressiv“<sup>2029</sup> sei. Die Krankenpflegehelferin habe der Tochter im Rahmen eines Pflegeeinsatzes erklärt: „Morgen früh stehen Sie aber bitte auf und dann kommen Sie, ich zeige Ihnen dann das Waschen und Sie können die Spritze aufziehen, ich spritze aber noch“<sup>2030</sup>. Die Tochter habe erwidert: „Ja, ja - nein. Heute nicht und morgen auch nicht. Das machen wir dann am Montag. Ich habe nächste Woche auch Urlaub“<sup>2031</sup>. Die

---

<sup>2026</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>2027</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2028</sup> ebd.: 3.

<sup>2029</sup> ebd.: 3.

<sup>2030</sup> ebd.: 3f.

<sup>2031</sup> ebd.: 4.

Krankenschwester erzählt: Sie habe im Rahmen einer Fallbesprechung erfahren, dass die Tochter nicht nur gebeten habe, die Beratung auf Montag zu verschieben, sondern dass die Tochter auch die Bereitschaft erklärt habe, sich am Montag beraten zu lassen. Sie selber habe den Pflegeeinsatz am Montagmorgen in der Absicht begonnen, Pflege und Beratung zu leisten. Die Tochter sei allerdings nicht erschienen, um sich beraten zu lassen. Sie habe deren Vater um eine Erklärung für deren Abwesenheit gebeten. Sie habe erfahren, „die hatte gar keinen Urlaub mehr“<sup>2032</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe die Krankenpflegehelferin im Rahmen einer Fallbesprechung informiert. Sie seien beide verärgert gewesen. Sie habe der Krankenpflegehelferin erklärt: „Die lernt das nicht, sie will das nicht lernen. Die wird sich im Grabe herumdrehen, die macht das nicht, das wirst du erleben“<sup>2033</sup>.

Nach Auskunft der Krankenschwester hat das Pflegepersonal nicht nur als Reaktion auf selbst wahrgenommenen Beratungsbedarf<sup>2034</sup>, sondern auch als Reaktion auf einen ärztlichen Auftrag<sup>2035</sup> Beratung geleistet. Die Krankenschwester berichtet: Der behandelnde Hausarzt, mit dem sie eine generell konflikträchtige Arbeitsbeziehung verbinde<sup>2036</sup>, habe ihr im Einzelfall den Auftrag erteilt, die Tochter anzuleiten, Insulininjektionen zu verabreichen. Sie habe sich angesichts der Weigerung der Tochter, sich anleiten zu lassen, gefordert gesehen, dem Hausarzt zu berichten, dass ihre Bemühungen, seinen Auftrag auszuführen, erfolglos verlaufen seien<sup>2037</sup>. Wie lässt sich jener Prozess der Kommunikation mit dem behandelnden Hausarzt, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester findet in der Erzählzeit zwar Worte des Verständnisses für die Auftragserteilung, aber kein Wort des Verständnisses für die Form der Auftragserteilung. Nach Angaben der Krankenschwester hat der Hausarzt es unterlassen, ihr seine Befürchtung zu enthüllen, dass die Tochter sich nicht anleiten lässt, Insulin zu injizieren<sup>2038</sup>. Hat er es unterlassen, sie einzuweihen, hat er es unterlassen, den Prozess einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung in Gang zu setzen. Hat er es unterlassen, sie einzuweihen, hat er sie in dem Glauben gelassen: Sie könnte die Aufgabe erfolgreich ausführen. Er könnte sie für einen Misserfolg verantwortlich machen und könnte einen Misserfolg zum Anlass nehmen, ihre Eignung zur Pflegeberatung generell zu bezweifeln.

---

<sup>2032</sup> ebd.: 4.

<sup>2033</sup> ebd.: 4.

<sup>2034</sup> vgl.: EPI 4: 10, 20f, 26f; EPI 4.2: 20.

<sup>2035</sup> vgl.: EPI 4.2: 2.

<sup>2036</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>2037</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>2038</sup> vgl.: ebd.: 2.



- Hat die Tochter sich geweigert, sich anleiten zu lassen, Insulininjektionen zu verabreichen<sup>2039</sup>, hat sie der Krankenschwester nicht nur eine Möglichkeit verwehrt, sich zu erholen, um ihre Arbeitskraft zu erhalten, sondern hat ihr auch eine Möglichkeit verwehrt, sich die fachliche Anerkennung durch jenen Hausarzt zu verschaffen. Möglich ist: Die Krankenschwester hat das Bedürfnis gehabt, durch jenen Hausarzt fachlich anerkannt zu werden. Sie ist bestrebt gewesen, ihm ihre Eignung als Fachkraft für Pflegeberatung zu beweisen. Sie hat die Weigerung der Tochter, sich anleiten zu lassen, als Verletzung einer Möglichkeit erlebt, jenes Bedürfnis nach fachlicher Anerkennung durch jenen Hausarzt zu befriedigen.

Wie stellt sich jener Prozess der Kommunikation mit dem behandelnden Hausarzt, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Die Situation der Auftragserteilung rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Der Hausarzt habe zwar befürchtet, dass die Tochter sich nicht werde anleiten lassen. Er habe es aber unterlassen, ihr seine Befürchtung zu offenbaren. Die Situation der Berichterstattung rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Der Hausarzt habe „ganz höhnisch gegrinst“<sup>2040</sup>. Er habe erklärt: „Das wusste ich von vorneherein. Das konnte ich Ihnen vorher sagen, deshalb habe ich darum gebeten, daß [sic.] Sie das auch nochmal mit der Tochter versuchen“<sup>2041</sup>. Den gescheiterten Versuch rekonstruierend, die Tochter anzuleiten, Insulin zu injizieren, verdeutlicht die Krankenschwester, sich weder seitens der Tochter, noch seitens des Hausarztes unterstützt gefühlt zu haben und sich in Folge unterlassener Unterstützung geschädigt gesehen zu haben.

Möglich ist: Die Krankenschwester hat eine sich bietende Gelegenheit, ihrerseits den Hausarzt zu unterstützen, nicht genutzt. Die Krankenschwester erzählt: Der Hausarzt habe die Patientin ins Krankenhaus transportieren lassen, um seine Verdachtsdiagnose, Gefäßverschluss mit drohender Beinamputation, überprüfen zu lassen<sup>2042</sup>. Zwei Stunden später sei die Patientin wieder nach Hause transportiert worden. Nachdem sich die Verdachtsdiagnose als falsch erwiesen habe, habe keine Veranlassung bestanden, die Verweildauer im Krankenhaus auszudehnen. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe am anderen Tag mit dem Ehemann der Patientin kommuniziert. Sie habe

---

<sup>2039</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>2040</sup> ebd.: 2.

<sup>2041</sup> ebd.: 2.

<sup>2042</sup> vgl.: ebd.: 8.

wahrgenommen, dass er nach einer Erklärung gesucht habe und dass er „Quatsch“<sup>2043</sup> als Erklärungsmöglichkeit nicht ausgeschlossen habe. Die Krankenschwester verdeutlicht zwar, dem alten Mann zu verstehen gegeben zu haben, dass die Verdachtsdiagnose des Hausarztes sich falsch erwiesen hat<sup>2044</sup>. Sie verdeutlicht aber nicht, ihm eine Erklärung angeboten zu haben<sup>2045</sup>. Hat sie es unterlassen, jenes Mitglied des familialen Netzwerkes über die Möglichkeiten und Grenzen der Pulsmessung bei Gefäßkranken, über die allgemeinen Verfahrensregeln im Falle diagnostischer Unsicherheit und über die Konformität des Hausarztes mit jenen Verfahrensregeln aufzuklären, hat sie eine Möglichkeit ungenutzt gelassen, Verständnis für dessen Verfahrensweise zu bekunden und um Verständnis für dessen Verfahrensweise zu werben. Ohne Aufklärung kann sich auf Seiten der Mitglieder des familialen Netzwerkes der Eindruck verfestigen, der Hausarzt habe Unsinn veranstaltet<sup>2046</sup>. Sie können jenen Eindruck in Umlauf bringen. Angehörige familialer Netzwerke sind im Zweifelsfall über die Normalität diagnostischer Unsicherheit und über die Verfahrensregeln bei diagnostischer Unsicherheit aufzuklären. Aufklärung können sowohl Angehörige medizinischer Berufe als auch Angehörige pflegerischer Berufe leisten.

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester ist im Rahmen des Pflegeprozesses beratend tätig geworden, um Mitglieder des familialen Netzwerkes zu befähigen, die Patientin regelmäßig mit Tabletten<sup>2047</sup> und Nahrung<sup>2048</sup> zu versorgen. Die Krankenschwester verdeutlicht die Begrenztheit eigener Möglichkeiten, zu gewährleisten, dass Patienten regelmäßig mit Tabletten<sup>2049</sup> und mit Nahrung<sup>2050</sup> versorgt werden, wenn sich weder die Funktionsfähigkeit der Patienten, noch die Funktionsfähigkeit der familialen Netzwerke voraussetzen lassen. Was macht die **Gewährleistung einer regelmäßigen Tabletteneinnahme** im Einzelfall zum Problem? Welche Art der Problembearbeitung wird gewählt? Die Krankenschwester erzählt: Es habe sich nicht voraussetzen lassen, dass die Patientin selber die Tabletten regelmäßig einnimmt. Das Pflegepersonal habe infolge der berufsmäßig organisierten Pflegearbeit nicht zur Verfügung gestanden, um eine außerhalb ihrer Arbeitszeit fällige Tabletteneinnahme zu kontrollieren: die Tabletten auszuteilen **und** die Einnahme der Tabletten zu beobachten. Es sei Aufgabe des familialen Netzwerkes gewesen, jene Kontrolle auszuüben. Es habe sich aber nicht voraussetzen lassen, dass das familiäre Netzwerk jene Aufgabe fehlerfrei erledigt: Die

---

<sup>2043</sup> ebd.: 9.

<sup>2044</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>2045</sup> vgl.: ebd.: 9f.

<sup>2046</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>2047</sup> vgl.: EPI 4: 26.

<sup>2048</sup> vgl.: ebd.: 9f, 45f.

<sup>2049</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>2050</sup> vgl.: ebd.: 9f, 45f.

Aufgabe, die Tabletten auszugeben und deren Einnahme zu beobachten, sei dem alten Mann zugefallen<sup>2051</sup>. Er habe wiederholt Fehler bei der Tablettenausgabe begangen<sup>2052</sup> und die Tochter habe infolge eigener Berufstätigkeit nicht zur Verfügung gestanden, dessen Fehler zu vermeiden<sup>2053</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe im Rahmen der eigenen Arbeitszeit versucht, Fehlern des alten Mannes vorzubeugen. Sie habe erstens den Medikamentenschieber als technisches Hilfsmittel eingesetzt. Sie habe den alten Mann zweitens belehrt: Er soll sich bei der Tablettenausgabe des technischen Hilfsmittels bedienen und er soll die Tabletteneinnahme beobachten<sup>2054</sup>. Sie habe drittens ausgewählte Handlungsfolgen kontrolliert<sup>2055</sup>: Liegen die zum Frühstück einzunehmenden Tabletten griffbereit am Essplatz? Wenn die Krankenschwester sich unter der Bedingung organisationsstrukturell bedingt begrenzter eigener Möglichkeiten entscheidet, Mitglieder eines familialen Netzwerkes zu beraten, um sie zu befähigen, eine für einen Patienten regelgemäße Versorgung mit Nahrung und Tabletten zu gewährleisten, dann bedarf es ihrerseits des Vertrauens in ein regelgemäßes Handeln der Netzwerkmitglieder. Ein eingetretener Schadensfall kann den Verdacht von Regelverletzung und den Verdacht von fehlinvestiertem Vertrauen erwecken.

Was macht die **Gewährleistung einer regelgemäßen Ernährung** im Einzelfall zum Problem? Welche Art der Problembearbeitung wird gewählt? Die Krankenschwester erzählt: Es habe sich nicht voraussetzen lassen, dass die an Diabetes erkrankte Patientin sich regelgemäß ernährt. Das Pflegepersonal habe infolge der berufsmäßig organisierten Pflegearbeit nicht zur Verfügung gestanden, deren Ernährung zu kontrollieren: die Nahrung zuzuteilen **und** die Nahrungsaufnahme zu beobachten. Es sei die Aufgabe der Mitglieder des familialen Netzwerkes gewesen, jene Kontrolle auszuüben. Es habe sich allerdings nicht voraussetzen lassen, dass sie jene Aufgabe fehlerfrei erledigen. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe befürchtet, dass sie bei der Aufgabenerledigung Fehler begehen<sup>2056</sup>. Sie habe im Rahmen ihrer Arbeitszeit versucht, einer fehlerhaften Aufgabenerledigung vorzubeugen: Sie habe das Nahrungsangebot zu ausgewählten Zeitpunkten kontrolliert<sup>2057</sup> und sie habe die Mitglieder des familialen Netzwerkes über eine regelgemäße Ernährung bei Diabetes aufgeklärt. Sie habe im Prozess der Ernährungsberatung Aufklärung über die Regeln der Kunst geleistet, d.h. sie habe das Wiegen und Rechnen in Broteinheiten erklärt. Sie habe ferner über Faustregeln aufgeklärt. Zwischen den Mitgliedern des familialen Netzwerkes

---

<sup>2051</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>2052</sup> vgl.: ebd.: 26f; EPI 4.2: 20.

<sup>2053</sup> vgl.: ebd.: 26

<sup>2054</sup> vgl.: EPI 4: 26f; EPI 4.2: 20.

<sup>2055</sup> vgl.: ebd.: 26f.

<sup>2056</sup> vgl.: ebd.: 10, 45f.

<sup>2057</sup> vgl.: ebd.: 9, 45.

unterscheidend, habe sie die Tochter über die Regeln der Kunst unterrichtet<sup>2058</sup> und den alten Mann mit Einwilligung der Tochter über Faustregeln aufgeklärt. Sie habe wahrgenommen, dass die Tochter befürchtet habe, dass ihr Vater überfordert wäre, wenn er die Regeln der Kunst beherrzigen sollte. Jene Befürchtung der Tochter bearbeitend, habe sie gesagt: „Das hat dann auch keinen Zweck“<sup>2059</sup>. In der Erzählzeit betont die Krankenschwester: „Also sündige ich lieber selber, weiß aber“<sup>2060</sup> dass „der alte Mann die Faustregeln im Wesentlichen einhalte, daß [sic.] der alte Mann den Rhythmus wahre und von den Faustregeln nicht wesentlich abweiche“<sup>2061</sup>. Von den Besonderheiten des Einzelfalles abstrahierend, bewertet die Krankenschwester eine Aufklärung über Faustregeln verglichen mit einer Aufklärung über die Regeln der Kunst als Fehler. Die Besonderheiten des Einzelfalles in Rechnung stellend, beurteilt sie die Aufklärung über Faustregeln als ebenso unvermeidbaren wie verantwortbaren eigenen Fehler. Sie betrachtet eine Aufklärung über die Regeln der Kunst im Einzelfall als Lösung mit kontraproduktiven Folgen. Sie befürchtet: Im Falle einer Aufklärung über die Regeln der Kunst kommt es zu einer Überforderung des alten Mannes und im Falle einer Überforderung begeht er für die Patientin folgenschwere Fehler. Sie bewertet eine Aufklärung über Faustregeln im Einzelfall als Lösung mit produktiven Folgen. Sie unterstellt: Im Falle einer Aufklärung über Faustregeln lassen sich die befürchteten Komplikationen vermeiden.

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester ist im Rahmen des Pflegeprozesses nicht nur beratend tätig geworden, um Schädigungen der Patientin zu vermeiden, sondern hat auch Beratung geleistet, um eine neuerliche Schädigung des alten Mannes zu verhindern. Sie hat ihm eine rückschonende Hebetchnik beigebracht, nachdem sie erfahren hat, dass er beim Heben der Patientin einen Schaden erlitten hat<sup>2062</sup>. Anzunehmen ist ferner: Die Krankenschwester ist im Rahmen des Pflegeprozesses beratend tätig geworden, um die **informelle Pflegebeziehung** zu wahren. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Die Patientin benutzt den alten Mann, um sich beständig Gesellschaft zu verschaffen. Die Patientin setzt den alten Mann im Prozess der Sicherstellung der sozialen Betreuung einer ständig währenden Belastung aus, ohne ihm die Möglichkeit der Entlastung einzuräumen. Die Krankenschwester befürchtet: Angesichts jener beständig währenden Belastung im Prozess der Sicherstellung der sozialen Betreuung könnte der alte Mann als Arbeitskraft auch im Prozess der

---

<sup>2058</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2059</sup> ebd.: 45.

<sup>2060</sup> ebd.: 46.

<sup>2061</sup> ebd.: 46.

<sup>2062</sup> vgl.: ebd.: 21.

Sicherstellung der häuslichen Pflege ausfallen<sup>2063</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung versucht, Einfluss zu nehmen, um dessen Einbindung in den Prozess der Sicherstellung der sozialen Betreuung zu begrenzen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist nicht zu entnehmen, dass sie versucht hat, auf den alten Mann Einfluss zu nehmen, sich selber Entlastung zu verschaffen. Den Ausführungen der Krankenschwester ist nur zu entnehmen, dass sie den Versuch unternommen hat, dessen familiales Netzwerk zu beeinflussen. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben versucht, durch Aufklärung über dessen Belastung und durch Aufklärung über dessen Bedarf an Entlastung Einfluss zu nehmen. Den **Versuch einer direkten Einflussnahme** auf die Patientin rekonstruierend, erzählt sie: Sie habe die Patientin aufgeklärt, dass deren Ehemann Erholung brauche. Sie habe die Patientin kritisiert, ihm keine Erholung zu gönnen. Die Patientin habe sie kritisiert, Partei für den alten Mann zu ergreifen. Daraufhin habe sie der Patientin zu verstehen gegeben, dass sie eine sich auf den Erholungsbedarf des alten Mannes verpflichtende Parteinahme für angezeigt halte<sup>2064</sup>. Den **Versuch einer indirekten Einflussnahme** auf die Patientin rekonstruierend, erzählt sie: Die Tochter habe in einem Gespräch mit ihr die Meinung vertreten, „die Mutter würde den Vater tagsüber striezen“<sup>2065</sup> und der Möglichkeit berauben, sich zu erholen. Sie habe der Tochter zugestimmt und habe jener Zustimmung eine Aufforderung folgen lassen: „Sie können sich doch besser mit ihr auseinandersetzen, dann müssen Sie ihr einmal sagen, dass das so nicht geht, dass der Vater auch einmal eine Stunde am Tag für sich braucht“<sup>2066</sup>.

Hat die Krankenschwester die Tochter aufgeklärt, wie sie deren Belastung und deren Bedarf an Entlastung beurteilt? Die Krankenschwester berichtet zwar, der Tochter mitgeteilt zu haben, dass sie deren Belastung keineswegs in Abrede stellt<sup>2067</sup>. Sie berichtet jedoch nicht, der Tochter mitgeteilt zu haben, dass sie eine Belastung extrem hohen Ausmaßes diagnostiziert<sup>2068</sup>. Sie hat die Tochter vermutlich nicht in der Vorstellung bestärkt, in Anbetracht jener die die ganze Woche und den ganzen Tag währenden Berufstätigkeit wochenends der Entlastung zur Vormittagszeit zu bedürfen<sup>2069</sup>. Vermeidet die Pflegekraft es, sich in der Kommunikation mit Angehörigen auf Urteile über Belastungsgrad und Entlastungsbedarf festzulegen, verwehrt sie Angehörigen die Möglichkeit, Maßnahmen zur Entlastung unter Berufung auf das Urteil der Pflegekraft einzufordern.

---

<sup>2063</sup> vgl.: EPI 4.2: 20.

<sup>2064</sup> vgl.: EPI 4: 41.

<sup>2065</sup> ebd.: 17.

<sup>2066</sup> ebd.: 17.

<sup>2067</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2068</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>2069</sup> vgl.: ebd.: 23.

Die Krankenschwester berichtet zwar, einem ausgewählten Familienmitglied, der Tochter, zu verstehen gegeben zu haben, dass sie eine ausgewählte Familienbeziehung, die Beziehung zwischen Mutter und Vater, als konfliktträchtig beurteilt. Sie berichtet aber nicht, den im Kontext jener konfliktträchtigen Familienbeziehung lebenden Familienmitgliedern zu einer psychologischen Behandlung geraten zu haben<sup>2070</sup>. Das Pflegepersonal hat nach Aussage der Krankenschwester nicht nur die Sicherstellung der häuslichen Pflege, sondern auch die Möglichkeit einer Heimpflege zum Bezugspunkt seiner Beratungsbemühungen gemacht. Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester der Tochter mitgeteilt: Wenn die Tochter erwäge, sich im Ernstfall für eine Heimpflege als Versorgungslösung zu entscheiden, dann empfehle sie ihr, jenem Gedanken rechtzeitig vorbereitende Taten folgen zu lassen und mit der Auswahl eines Heimplatzes nicht erst zu beginnen, wenn der Ernstfall eingetreten sei<sup>2071</sup>.

#### 4.2.2.5.3. Die soziale Betreuung

Nach Aussage der Krankenschwester haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, der Patientin Gesellschaft geleistet. Vorwiegend haben vermutlich die Angehörigen als Gesellschafter fungiert. Zu vermuten ist: Auf Seiten der Angehörigen hat überwiegend der alte Mann Gesellschaft geleistet<sup>2072</sup>. Das **Engagement der Angehörigen** rekonstruierend, spezifiziert die Krankenschwester das Engagement des alten Mannes. Sie berichtet: Der alte Mann habe seiner Ehefrau beständig Gesellschaft geleistet. Das **Engagement der Pflegekräfte** rekonstruierend, spezifiziert die Krankenschwester das eigene Engagement. Sie berichtet: Vormittags führe sie regelmäßig Einsätze durch, um die Patientin zu pflegen. Nachmittags absolviere sie unregelmäßig Einsätze, um der Patientin in begrenztem Umfang Gesellschaft zu leisten. Sie weiß: Sie ist keineswegs verpflichtet, Einsätze durchzuführen, nur um Gesellschaft zu leisten. Sie ist bedingt verpflichtet, Einsätze durchzuführen, um Pflege zu leisten. Sie ist gefordert, ihre Arbeitszeit vorrangig für die Verrichtung der Pflegearbeit zu reservieren<sup>2073</sup>.

- Anzunehmen ist: Normalerweise absolviert die Krankenschwester Einsätze, um Pflege zu leisten. Jene der Pflege dienende Einsätze sind Einsätze mit

---

<sup>2070</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>2071</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>2072</sup> vgl.: EPI 4: 14; EPI 4.2: 18, 20, 23.

<sup>2073</sup> vgl.: EPI 4.2: 23.

Konversation. Anzunehmen ist ferner: In Fällen, in denen die Krankenschwester bedarfsweise Pflege leistet, absolviert sie ausnahmsweise auch Einsätze, um der pflegebedürftigen Person bei Bedarf Gesellschaft zu leisten. Jene der Konversation dienenden Einsätze sind Einsätze ohne Pflege.

- Möglicherweise befürchtet die Krankenschwester: Wenn sie pflegefreie Arbeitszeit investiert, um der Konversation dienende Einsätze durchzuführen, dann nährt sie Begehrlichkeiten, die sie enttäuscht, sobald sie jene in Gesellschaft investierte Arbeitszeit kürzt, um sich in Pflege investierbare Arbeitszeit zu verschaffen. Kommunikation über enttäuschte Begehrlichkeiten bietet keine Gewähr für konfliktfreie Vollziehbarkeit der Pflegearbeit.
- Die Krankenschwester ist sich der Begrenztheit ihrer Möglichkeiten bewusst, auf beruflicher Basis **Gesellschaft zu leisten**<sup>2074</sup>. Sie ist sich ferner der Begrenztheit ihrer Möglichkeiten bewusst, auf beruflicher Basis Gesellschaft zu **organisieren**, um auf außerberuflicher Basis Gesellschaft leisten zu lassen. Sie weiß: Versuche, Angehörige sozialer Netzwerke zu aktivieren, Gesellschaft zu leisten, können erfolglos verlaufen<sup>2075</sup>.
- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester ist der Auffassung, dass einem privaten Engagement der Familie nicht nur im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege, sondern auch im Prozess der Sicherstellung der sozialen Betreuung **Vorrang** vor einem beruflichem Engagement der Pflegekräfte einzuräumen ist. Anzunehmen ist ferner: Jene Auffassung liegt auch in der Organisation der ambulanten Pflege begründet.

#### 4.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? Die Aufmerksamkeit auf das **Engagement der Tochter** lenkend, berichtet die Krankenschwester: Nachdem die Seniorin in ihrer Funktion als Hausfrau ausgefallen sei, seien auf Seiten der funktionstüchtigen Mitglieder des familialen Netzwerkes, namentlich auf Seiten der Tochter, Aufgabenzuwächse zu verzeichnen gewesen. Die Tochter sei in der Vergangenheit gewohnt gewesen, dass die Mutter nicht

---

<sup>2074</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2075</sup> vgl.: EPI 4: 37.

nur den eigenen Haushalt in eigener Regie geführt habe, sondern auch die im Haushalt der Tochter" anfallende Hausarbeit erledigt habe. Die Tochter sei in der Gegenwart gefordert, sowohl den eigenen Haushalt zu führen, als auch ausgewählte, im Haushalt der Mutter anfallende Arbeiten zu übernehmen. Der Kommentar der Krankenschwester lautet: Und jetzt ist es eben andersherum. Die Krankenschwester betrachtet jene sich jetzt umkehrende Praxis der Unterstützung vermutlich als selbstverständlichen Ausgleich<sup>2076</sup>. Das **Engagement der Pflegekräfte** rekonstruierend, lenkt die Krankenschwester die Aufmerksamkeit auf das eigene Engagement. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage zeitweilig die Aufgabe übernommen, die Medikamente zu besorgen. Die **Besorgung der Medikamente** ist eine Aufgabe, die sich sowohl durch ihre Nähe zur Hausarbeit, als auch durch ihre Nähe zur Pflegearbeit auszeichnet. Die Krankenschwester verweist auf jene Möglichkeiten, die sie zwecks Erledigung der Aufgabe, Medikamente zu besorgen, gewählt und verworfen hat. Sie rekonstruiert Prozesse der Aufgabenerledigung im Rahmen einer Erzählung. Wie lassen sich jene Prozesse der Aufgabenerledigung, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen?

- Das **Handlungsproblem** ist: Die Medikamente gehen zur Neige. Sie müssen besorgt werden. Die medikamentöse Behandlung ist sicherzustellen. Die **Problemlösung** erfordert Koordination: Erstens ist der Hausarzt zu verständigen. Es gilt, ihn zu veranlassen, eine Verordnung der verschreibungspflichtigen Medikamente auszustellen. Zweitens ist der Apotheker zu verständigen. Es gilt, ihn zur Herausgabe der verschreibungspflichtigen Medikamente auf der Basis der ärztlichen Verordnung zu veranlassen. Drittens sind die Medikamente an dem im Privathaushalt gelegenen Arbeitsplatz zu deponieren.
- Die Krankenschwester schildert die **Problematik der Problemlösung**. Sie verdeutlicht: Die Problemlösung wird kompliziert, erstens wenn kein familiales Netzwerk existiert, zweitens wenn ein familiales Netzwerk existiert, aber nicht mobilisierbar ist und drittens wenn ein familiales Netzwerk mobilisierbar, aber untauglich ist. Sie verdeutlicht ferner, im Prozess der Problemlösung einen Wechsel von der Strategie der Einbindung des familialen Netzwerkes<sup>2077</sup> zur Strategie der Ausgrenzung des familialen Netzwerkes<sup>2078</sup> vollzogen zu haben. Sie

---

<sup>2076</sup> vgl.: EPI 4: 39.

<sup>2077</sup> vgl.: ebd.: 4, 17.

<sup>2078</sup> vgl.: EP I4: 5, 27; EPI 4.2: 19.



erhält Möglichkeiten und Grenzen, das familiäre Netzwerk im Prozess der Problemlösung zu ersetzen.

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat alle für sie wahrnehmbaren Mitglieder des familialen Netzwerkes beurteilt, ob sie die Möglichkeit verheißen, sich fehlerfrei an der Problemlösung zu beteiligen. Sie hat das ihr am verheißungsvollsten erscheinende Mitglied des familialen Netzwerkes zu Zwecken der Problemlösung ausgewählt: die Tochter. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage die begrenzte Möglichkeit der Tochter erlebt, einen fehlerfreien Prozess der Problemlösung zu garantieren<sup>2079</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Auskunft zeitweilig deren Aufgabe im Prozess der Problemlösung übernommen<sup>2080</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie ist der Auffassung gewesen, dass es im Prozess der Problemwahrnehmung der formellen Unterstützung durch eine Pflegekraft bedarf. Sie ist zeitweilig auch der Auffassung gewesen, dass es im Prozess der Problemlösung der formellen Unterstützung durch eine Pflegekraft bedarf. Sie hat nach eigener Aussage Unterstützung geleistet. Sie hat nach eigener Auskunft die eigenen Unterstützungsleistungen im Verlaufe der Zeit wiederholt verändert<sup>2081</sup>.

Wie stellen sich jene Prozesse der Aufgabenerledigung, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? In der **Anfangszeit** hat die Krankenschwester nach eigener Aussage ein Koordinationsmodell unter **Einbindung des familialen Netzwerkes** etabliert. Sie erzählt: Sie habe mit der Tochter vereinbart, dass es ihre Aufgabe als Pflegekraft sei, die Tochter schriftlich zu verständigen, dass jenes Handlungsproblem gelöst werden muss, und dass es Aufgabe der Tochter sei, jenes Handlungsproblem selber zu lösen<sup>2082</sup>. Jenes erste Koordinationsmodell hat sich nach Auskunft der Krankenschwester als fehleranfällig erwiesen. Zentraler Schwachpunkt jenes Verfahrens ist nach Angaben der Krankenschwester das familiäre Netzwerk selber gewesen. Die Krankenschwester schildert: Das ältere Mitglied des familialen Netzwerkes habe, den Zettel verlegend,

---

<sup>2079</sup> vgl.: EPI 4: 17.

<sup>2080</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>2081</sup> vgl.: ebd.: 4, 18f, 27.

<sup>2082</sup> vgl.: ebd.: 4.

einen Fehler begangen, den das jüngere Mitglied des familialen Netzwerkes aufgrund seiner berufsbedingten Abwesenheit nicht habe vermeiden können. Fehlerfolge sei gewesen: Jenes Familienmitglied, das vereinbarungsgemäß das Handlungsproblem hätte lösen sollen, sei sich des zu lösenden Problems nicht bewusst gewesen. Das Handlungsproblem sei mit zeitlicher Verzögerung gelöst worden<sup>2083</sup>.

Jenes fehleranfällige Koordinationsmodell ist nach Darstellung der Krankenschwester in der **Folgezeit** zweifach korrigiert worden. Die Krankenschwester hat sich nach eigener Aussage in einer ersten Phase für die **Ausgrenzung des familialen Netzwerkes** entschieden. Sie hat sich nach eigener Auskunft entschieden, den Koordinationsprozess von potentiellen Fehlerquellen im familialen Netzwerk zu befreien und die ursprünglich der Tochter zugedachte Aufgabe selber zu übernehmen<sup>2084</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe die Entscheidung gefällt, sie selber fahre zum Hausarzt, um die Medikamente verschreiben zu lassen, hole die verordneten Medikamente umgehend aus der Apotheke und bringe sie beim nächsten Pflegeeinsatz mit<sup>2085</sup>. In der Erzählzeit jene in der erzählten Zeit liegende Entscheidung erläuternd, erklärt sie: Die Einbindung des familialen Netzwerkes sei zwecklos. Würde das familiäre Netzwerk fortgesetzt eingebunden, wäre basierend auf jener Erfahrung eine Wiederholung von Fehlern zu befürchten<sup>2086</sup>.

Jenes zweite Koordinationsmodell erweist sich mit dem nahenden Urlaub der Krankenschwester als korrekturbedürftig. Es droht der Ausfall der Kardinalfigur. Die Krankenschwester verdeutlicht, den eigenen Urlaub antizipierend, keine Übergangslösung unter Einbindung der Angehörigen, sondern eine Dauerlösung unter Ausgrenzung der Angehörigen gesucht zu haben. Sie verdeutlicht, die Möglichkeit verworfen zu haben, sich übergangsweise des familialen Netzwerkes zu bedienen<sup>2087</sup>. Sie hat nach eigener Aussage ein Koordinationsmodell gewählt und eingeleitet, das erstens auf der fortgesetzten Ausgrenzung des familialen Netzwerkes basiert, das zweitens durch einen Ausbau in der Beteiligung der örtlichen Apotheken und drittens durch einen Abbau in der Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes gekennzeichnet ist. Sie berichtet: Den Hausarzt zu verständigen, sei Aufgabe des ambulanten Pflegedienstes geblieben<sup>2088</sup>. Die Medikamente zu bringen, sei nicht mehr Aufgabe des gemeindlichen Pflegedienstes, sondern Aufgabe der örtlichen Apotheken<sup>2089</sup>. Der

---

<sup>2083</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>2084</sup> vgl.: ebd.: 5, 27.

<sup>2085</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>2086</sup> vgl.: ebd.: 5, 27.

<sup>2087</sup> vgl.: EPI 4.2: 19.

<sup>2088</sup> vgl.: ebd.: 18f.

<sup>2089</sup> vgl.: ebd.: 19.

Koordinationsprozess bleibt vor Fehlern informeller Akteure geschützt, wird jedoch anfälliger für Fehler formeller Akteure.

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hegt den **Anspruch**, Angehörige sozialer Netzwerke sollen die Hausarbeit erledigen<sup>2090</sup>. Die Krankenschwester lässt die Bereitschaft erkennen, unter Umständen ausgewählte, sich sowohl durch die Nähe zur Hausarbeit, als auch durch die Nähe zur Pflegearbeit auszeichnende Tätigkeiten zu verrichten<sup>2091</sup>. Hat die Krankenschwester die Besorgung der Medikamente übernommen, hat sie eine sich durch die Nähe zur Hausarbeit und durch die Nähe zur Pflegearbeit auszeichnende Aufgabe übernommen, die sie in der Zeit **zwischen** den Pflegeeinsätzen erledigen muss. Hat die Krankenschwester im Anschluss an die Hilfe beim Waschen die Säuberung des Waschbeckens übernommen, hat sie eine sich durch die Nähe zur Hausarbeit und durch die Nähe zur Pflegearbeit auszeichnende Aufgabe übernommen, die sie in Zeit **während** der Pflegeeinsätze erledigen kann.

### 4.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung

Die seitens der Krankenschwester in der Erzählzeit formulierten **Prognosen** über die Fallproblematik beziehen sich auf den **Zustand der Patientin**, auf den Zustand des alten Mannes sowie auf die Möglichkeiten und Grenzen, die Tochter an der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen. Die Krankenschwester antizipiert keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung im Zustand der Patientin. Sie erklärt: Es kann sein, dass die Seniorin einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt erleidet, dass deren „Zucker wieder verrücktspielt und dass sie ganz verkalkt mit der Zeit“<sup>2092</sup>. Die Krankenschwester betont, dass die in der Zukunft liegende Entwicklung im Zustand eines Patienten sowie die im Falle einer Zustandsverschlechterung eintretenden Komplikationen eine prinzipiell unbekannte und nicht fehlerfrei prognostizierbare Größe darstellen: „Das weiß man alles nicht“<sup>2093</sup>.

Die Krankenschwester schließt eine Verschlechterung im **Zustand des alten Mannes** ebenfalls nicht aus. Sie erklärt: Nicht nur die Seniorin, sondern auch der alte Mann könnte jederzeit hilflos „in der Ecke“<sup>2094</sup> liegen. Glaubt die Krankenschwester, dass die Tochter sich in Zukunft in den Arbeitsprozess der Pflege einbinden lassen wird? Für die Krankenschwester steht erstens außer Zweifel: Die Tochter muss berufstätig sein, um ihren Lebensunterhalt zu sichern. Die Tochter kann die Berufstätigkeit nicht aufgeben,

---

<sup>2090</sup> vgl.: EPI 4: 39.

<sup>2091</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>2092</sup> ebd.: 44.

<sup>2093</sup> ebd.: 43, 44.

<sup>2094</sup> EPI 4.2: 23.

um Pflege zu leisten<sup>2095</sup>. Für die Krankenschwester steht zweitens außer Zweifel: Die berufstätige Tochter wird es fortgesetzt unterlassen, sich wochenends an dem etablierten Pflegeprogramm (Spritzdienst und Waschdienst) zu beteiligen<sup>2096</sup>. Die Krankenschwester hält es für bedingt möglich, dass die Tochter sich wochenends an einem Badedienst beteiligen wird<sup>2097</sup>.

Wie sieht der **Plan** zur Bearbeitung der Fallproblematik aus? Die Krankenschwester verkündet in der Erzählzeit: Sie gedenke, das Programm formeller Sozialbetreuung fortzusetzen<sup>2098</sup> und das formelle Pflegeprogramm auszubauen. Die Krankenschwester nimmt, in der Erzählzeit den geplanten **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** spezifizierend, ausschließlich auf das Angebot Bezug, Badehilfe zu leisten. Sie zeigt sich gewillt, die Realisierung des Planes, Badehilfe zu leisten, auch in Zukunft davon abhängig zu machen, dass die Tochter als zweite Hilfskraft beim Baden fungiert. Die Krankenschwester erklärt zum einen: Es sei erfahrungsgemäß zwecklos, der Tochter einen Termin für einen Badeeinsatz anzukündigen. Die Ankündigung eines Termins biete der Tochter die Gelegenheit, Ausweichmanöver zu starten: „Dann hat sie wieder eine Ausrede und ist mir wieder aus meinen Fängen entwischt“<sup>2099</sup>. Die Krankenschwester erklärt zum anderen: Sie muss die Tochter bei der Hausarbeit erwischen. Sie prophezeit: Wenn sie die Tochter bei der Hausarbeit erlebe, dann werde sie unverzüglich den Badeeinsatz starten, damit die Tochter beim Baden Hilfestellung leisten könne. „Dann werden gleich Nägel mit Köpfen gemacht, dann kann sie nämlich nicht mehr weg“<sup>2100</sup>. Die Krankenschwester unterhält einen **Geheimplan**: Sie will die Tochter überrumpeln, um sie als zweite Hilfskraft beim Baden zu engagieren. Sie gewährt in der Erzählzeit Einblick in jenen Geheimplan. Sie bespricht nicht die Handlungsmöglichkeiten der Tochter, sondern demonstriert die eigene Absicht, deren Handlungsmöglichkeiten zu begrenzen. Sie hegt den Anspruch: Die Tochter soll Hilfe beim Baden leisten. Die Tochter soll gegebenenfalls die Hausarbeit unterbrechen, um beim Baden behilflich zu sein.

Richtet die Krankenschwester sich auf die Anforderung ein, im Falle einer künftigen Zustandsverschlechterung Pflege zu leisten? Sie berichtet: Sie glaube an eine **Beendigung der häuslichen Pflege** und an die **Einleitung der Heimpflege**, wenn sich der Zustand der Seniorin verschlechtern und die Fortsetzung der häuslichen Pflege folglich „wesentlich aufwendiger wird“<sup>2101</sup>. Jene Vermutung basiert vermutlich auf dem

---

<sup>2095</sup> vgl.: EPI 4: 44.

<sup>2096</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>2097</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>2098</sup> vgl.: EPI 4.2: 22f.

<sup>2099</sup> EPI 4: 32.

<sup>2100</sup> ebd.: 32.

<sup>2101</sup> vgl.: ebd.: 43.

Wissen, dass die Angehörigen sich prinzipiell bereit erklärt haben, einer Heimpflege zuzustimmen, wenn sich die Pflege im häuslichen Kontext nicht länger sicherstellen lässt. Die Krankenschwester berichtet weder, sich mit den Angehörigen verständigt zu haben, unter welchen Bedingungen sich Pflegeprobleme nicht mehr in der Häuslichkeit bewältigen lassen, noch berichtet sie, eine Verständigung mit den Angehörigen zu planen<sup>2102</sup>.

Sieht die Krankenschwester keine Möglichkeit, eine Heimpflege in einer Zukunft mit Zustandsverschlechterung zu vermeiden? Sie betrachtet das Engagement einer Pflegerin als keineswegs problemlos realisierbare Möglichkeit, um den Bedarf an Pflege im Tagesverlauf decken zu lassen. Sie erklärt: Deren bis zur Abendzeit während der Einsatz sei kostspielig. Wie lässt sich nach Ansicht der Krankenschwester Bedarf an Pflege zur Nachtzeit decken? Sie bezeichnet es weder als Aufgabe einer Pflegerin, noch als Aufgabe der ambulanten Pflegeorganisation, den Bedarf an Pflege zur Nachtzeit decken. Zu unterstellen ist: Sie erachtet es im Allgemeinen als Aufgabe des familialen Netzwerkes, den Bedarf an Pflege zur Nachtzeit zu decken, wenn Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll<sup>2103</sup>. Welches Mitglied jenes besonderen familialen Netzwerkes eignet sich, den Bedarf an Pflege zur Nachtzeit zu decken? Die Krankenschwester äußert sich nicht. Sie ist sich bewusst: Der alte Mann ist „auch nicht mehr der Stabilste und dessen Tochter muss berufstätig sein“<sup>2104</sup>. Die Krankenschwester ist sich bewusst: Angesichts der begrenzten Leistungsmöglichkeiten der ambulanten Pflegeorganisation basiert die häusliche Pflege grundsätzlich auf dem Vorrang des familialen Netzwerkes. Die Berufstätigkeit eines Angehörigen mindert dessen Mobilisierbarkeit als familiäre Pflegeperson. Häusliche Pflege und Heimpflege sind denkbare Alternativen. Beendigung der Berufstätigkeit und (un)eingeschränkte Fortsetzung der Berufstätigkeit sind ebenfalls denkbare Alternativen.

#### **4.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft**

Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung rekonstruierend, bespricht die Pflegekraft die Arbeit im Fall einer Seniorin, die sich im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in einem desorientierten Zustand befunden hat. Die Pflegekraft betrachtet die Seniorin

---

<sup>2102</sup> vgl.: EPI 4.2: 26.

<sup>2103</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>2104</sup> EPI 4: 44.

als „**Pflegefall**“<sup>2105</sup>. Hat die Pflegekraft Hoffnung auf einen Pflegeerfolg gehabt? Sie hat vermutlich auf einstweilige Beherrschbarkeit ausgewählter Gefährdungspotentiale gehofft. Sie sieht sich nach eigener Darstellung in einem Fall engagiert, in dem einerseits **informelle Pflege** geleistet wird, in dem andererseits die Chancen auf informelle Pflege begrenzt sind: Der betagte Ehemann ist im Falle seiner ebenfalls betagten Ehefrau in den häuslichen Pflegeprozess „voll eingebunden“<sup>2106</sup>. Deren Tochter „muß [sic.] berufstätig sein“<sup>2107</sup>, „die ganze Woche“<sup>2108</sup> und „den ganzen Tag“<sup>2109</sup>, und nutzt das Wochenende als einzige Gelegenheit, sich auszuschlafen<sup>2110</sup>. Die Pflegekraft geht von der Annahme aus: Eine **Heimpflege** wird sich nicht vermeiden lassen, wenn auf Seiten der Patientin eine Zustandsverschlechterung eintritt. Die Seniorin verkörpert aus Sicht der Pflegekraft vermutlich nicht nur einen Pflegefall<sup>2111</sup>, sondern auch einen **Fall von sozialer Isolation**. Die Pflegekraft nimmt einen **Kumulation von Problemen** wahr: Sie begegnet einerseits einer Seniorin, die multimorbid ist, an einer insulinpflichtigen Zuckerkrankheit leidet, körperbehindert ist, von einer Ausweitung der körperlichen Behinderung bedroht ist, seit einer Beinamputation ein Leben im Rollstuhl führt und an Phantomschmerzen leidet, die sich durch „ein bisschen“ Berührung des Stumpfes auslösen lassen<sup>2112</sup>. Sie begegnet andererseits zwei Angehörigen, denen sie einerseits eine Belastung durch das Engagement in der häuslichen Pflege, andererseits eine Belastung durch das berufliche Engagement unterstellt. Sie weist auf die Konflikthaftigkeit ausgewählter Familienbeziehungen hin.

#### 4.4.1. Handlungsbedingungen

##### 4.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Deutlich wird: Es sind nicht nur **Bedürfnisse** der Patientin, sondern auch Bedürfnisse der (pflegenden) Angehörigen zu beachten.<sup>2113</sup> Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung bei der Versorgung der Patientin um Sicherstellung der Körperpflege und um Sicherstellung einer regelgemäßen Krankheitsbearbeitung bemüht gewesen. Sie ist

<sup>2105</sup> EPI 4.2: 17; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2106</sup> ebd.: 20.

<sup>2107</sup> EPI 4: 44.

<sup>2108</sup> ebd.: 23.

<sup>2109</sup> ebd.: 41.

<sup>2110</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2111</sup> vgl.: EPI 4.2: 17.

<sup>2112</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>2113</sup> siehe Kapitel 4.2.1.1.; Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2. und Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

nach eigenen Angaben darauf bedacht gewesen, einer Verschlechterung des Zustands der Patientin vorzubeugen. Es droht die Amputation des rechten Beines und die Entgleisung des Blutzuckers. Sie ist vermutlich auch bestrebt gewesen, der Patientin keine Schmerzen zuzufügen. Die Pflegekraft hat sich nach eigenen Angaben auch um die soziale Betreuung der Patientin gekümmert.<sup>2114</sup> Die Pflegekraft unterstellt **der Patientin** vermutlich ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und Schmerzfreiheit sowie ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Die Pflegekraft nimmt auf Seiten der Patientin vermutlich auch ein Bedürfnis nach sozialer Bindung, ein Bedürfnis nach „Gesellschaft“<sup>2115</sup>, wahr. Das private und berufliche Engagement **der Angehörigen** ist für die Pflegekraft keine unbekannte Größe. Nach Aussage der Pflegekraft beteiligt sich der Ehemann der Patientin am Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege. Dessen pflegerisches Engagement lässt auf ein Bedürfnis nach Erholung, auf ein Bedürfnis nach Sicherheit in der häuslichen Pflege und auf ein Bedürfnis nach sozialer Anerkennung für die Produktion informeller Pflegeleistungen schließen. Nach Auskunft der Pflegekraft ist die Tochter „die ganze Woche“<sup>2116</sup> und „den ganzen Tag“<sup>2117</sup> berufstätig. Nach Aussage der Pflegekraft muss die Tochter einer Berufstätigkeit nachgehen<sup>2118</sup>. Die Berufstätigkeit der Tochter verweist nicht nur auf ein Bedürfnis nach materieller Sicherheit, sondern lässt auch auf ein Bedürfnis nach Schlaf und auf ein durch Schlaf allein nicht zu befriedigendes Bedürfnis nach Erholung schließen. Nach Darstellung der Pflegekraft weigert die Tochter sich, wochenends stellvertretend für die Pflegekraft informelle Pflege zu leisten. Jene Weigerungshaltung kann sowohl auf ein Erholungsbedürfnis, als auch auf ein Bedürfnis nach Sicherheit in der häuslichen Pflege, als auch auf ein Bedürfnis nach sozialer Bindung an die pflegebedürftige Person verweisen. Die Tochter hat möglicherweise Angst, Pflegeleistungen zu übernehmen, die auf Seiten der Mutter (Angst vor) Schmerzen erzeugen können. Möglicherweise reflektiert nicht nur die auf Seiten der Tochter fehlende Bereitschaft zu pflegerischem Engagement, sondern auch die auf Seiten des alten Mannes existierende Bereitschaft zu pflegerischem Engagement ein Bedürfnis nach sozialer Bindung an die pflegebedürftige Person.

Deutlich wird: Die Pflegekraft konstatiert **Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln** sowie **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** im Rahmen der Sicherstellung der

---

<sup>2114</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2.; Kapitel 4.2.2.3.; Kapitel 4.2.2.5.1.; Kapitel 4.2.2.5.2. und Kapitel 4.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2115</sup> EPI 4.2: 20.

<sup>2116</sup> ebd.: 23.

<sup>2117</sup> ebd.: 41.

<sup>2118</sup> vgl.: ebd.: 44.

häuslichen Pflege.<sup>2119</sup> Aus Sicht der Pflegekraft besteht sowohl auf Seiten der Patientin, als auch auf Seiten der Angehörigen Bedarf an Hilfestellung. Den **auf Seiten der Patientin** bestehenden Hilfebedarf prüfend, stellt sie, Anzeichen von Desorientierung wahrnehmend, vermutlich einen extrem hohen Pflegebedarf fest. Sie geht von der Annahme aus: Es besteht Bedarf an informeller und formeller Pflege. Sie ist der Auffassung: Es bedarf sowohl der Hilfe beim Waschen als auch der Insulininjektion. Wochenends besteht zwar Bedarf an Pflege, aber es bedarf wochenends keineswegs der formellen Pflege. Sie geht ferner von der Annahme aus: An allen verbleibenden Wochentagen besteht Bedarf an formeller Pflege. Nach Darstellung der Pflegekraft ist in der Anfangszeit ein zweiter Pflegeeinsatz an allen regulären Einsatztagen (montags bis freitags) indiziert gewesen, um die Gefahr einer Amputation des rechten Bein zu mindern. Sie hält in der Folgezeit ein formelles Pflegeprogramm mit einem Pflegeeinsatz pro Einsatztage und fünf Einsatztagen pro Woche für angezeigt. Dass das formelle Pflegeprogramm am Wochenende keine Übergangslösung geblieben ist, sondern sich zu einer Dauerlösung entwickelt hat, betrachtet sie als Ärgernis. Sie registriert im Falle der Patientin nicht nur Bedarf an Pflege, sondern auch Bedarf an sozialer Betreuung. Den **auf Seiten der Angehörigen** bestehenden Hilfebedarf prüfend, konstatiert sie Bedarf an formeller Pflegeberatung und Bedarf an Übernahme von Pflegeleistungen. Sie hält eine Aufklärung über Pflege Techniken, über technische Pflegehilfsmittel, über Maßnahmen zur Gestaltung der informellen Pflegebeziehung und über Ernährungsregeln bei Diabetes für angezeigt. Sie ist sich bewusst: Der Ehemann der Patientin bedarf der befristeten Auszeit von der Pflege. Sie ist sich vermutlich auch bewusst: Die berufstätige Tochter bedarf einer befristeten Auszeit von der Berufsarbeit. Sie verdeutlicht aber, nicht bereit zu sein, der berufstätigen Tochter wochenends eine von jedweder Pflegearbeit freie Auszeit von der Berufsarbeit zu bieten.

#### 4.4.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft weiß um die Existenz von **Familienbeziehungen**.<sup>2120</sup> Sie nimmt Familienbeziehungen wahr, die sich sowohl durch **räumliche Nähe** als auch durch **soziale Nähe** kennzeichnen lassen. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Das alte Ehepaar bildet eine Haushaltsgemeinschaft. Dessen Tochter zählt zur Hausgemeinschaft. Sie lebt im Haus, aber in einem getrennten Haushalt. Dem

---

<sup>2119</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.4.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2120</sup> siehe Kapitel 4.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



Haushalt der Tochter gehört mindestens eines ihrer Kinder an. Den Ausführungen der Pflegekraft ist ferner zu entnehmen: Das alte Ehepaar ist „stundenlang“<sup>2121</sup> in Kontakt. Die Berufstätigkeit der Tochter schränkt die Möglichkeiten des Kontakts zwischen Mutter und Tochter ein. Die Pflegekraft nimmt vermutlich an: Die **emotionale Nähe** zwischen den alten Eheleuten ist nicht ungetrübt. Die Pflegekraft registriert ein Dominanzstreben auf Seiten der alten Ehefrau. Die Pflegekraft verweist nicht nur auf Konfliktpotentiale in der Beziehung zwischen den alten Eheleuten, sondern auch auf Konfliktpotentiale in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter.<sup>2122</sup>

Das **familiäre Engagement**, das sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrnehmen lässt, ist nach Darstellung der Pflegekraft in erster Linie ein Engagement des zur Haushaltsgemeinschaft zählenden alten Mannes.<sup>2123</sup> Dessen Engagement besteht nach Angaben der Pflegekraft in der **Produktion informeller Pflegeleistungen**. Die Tochter beteiligt sich nach Aussage der Pflegekraft an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** und versucht, die Übernahme des am Wochenende anfallenden Wasch- und Spritzdienstes abzuwehren. Die Pflegekraft sieht sich veranlasst, das familiäre Engagement zu beanstanden. Sie macht auf **Qualitätsmängel** aufmerksam.<sup>2124</sup> Sie verweist auf Fehler, die der alte Mann im Rahmen der Sicherstellung einer regelgemäßen Krankheitsbearbeitung begeht. Sie beanstandet, dass die Tochter wochenends weder den Spritzdienst, noch den Waschkdienst übernimmt, und es am Wochenende somit an Mitarbeit im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege fehlen lässt. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft unterstellt beiden Angehörigen, belastet zu sein. Sie betrachtet die **Belastung** auf Seiten des schwerhörigen alten Mannes als Folge seines Engagements in der häuslichen Pflege. Die Belastung auf Seiten der Tochter betrachtet sie als Folge des beruflichen und häuslichen Engagements.<sup>2125</sup>

#### 4.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** zu übernehmen, sind strukturell bedingt begrenzt. Im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege sind unter Umständen

---

<sup>2121</sup> EPI 4: 14.

<sup>2122</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2.

<sup>2123</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2124</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2125</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegeleistungen zu erbringen, die sich zeitlich leicht begrenzen lassen: Zu nennen sind einerseits die Körperpflege und die körperliche Untersuchung, andererseits die Behandlung eines Druckgeschwürs und die Insulininjektion. Im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege sind möglicherweise aber auch Pflegeleistungen zu erbringen, die sich zeitlich nicht oder nur schwer begrenzen lassen: Um Gefahr für Leib und Leben einer desorientierten Patientin abzuwehren, ist es angezeigt, sie zu beaufsichtigen. Im Einzelfall wird deutlich: Das Pflegepersonal kann nur in begrenztem Umfang Aufsicht führen. Es hat im Einzelfall zwar begrenzte Möglichkeiten, die Austeilung von Tabletten<sup>2126</sup> und die Zuteilung von Nahrung zu kontrollieren. Es hat im Einzelfall aber keine Möglichkeit, Kontrolle über die Tabletteneinnahme und die Nahrungsaufnahme auszuüben. Deutlich wird auch: Die **Einsatztage pro Woche** unterliegen Beschränkungen. Am Wochenende werden normalerweise keine Pflegeeinsätze geleistet. Pflegeeinsätze am Wochenende sind dem Notfall vorbehalten. Pflegeeinsätze lassen sich nicht beliebig auf einen Einsatztag verteilen. Das Pflegepersonal kann unter Umständen zwar (regelmäßig) Pflegeeinsätze zu ausgewählten Tageszeiten durchführen, kann aber keineswegs (regelmäßig) Pflegeeinsätze zur Nachtzeit absolvieren. Für Pflegeeinsätze lassen sich Termine zur Vormittagszeit, aber auch zur Mittags- und Abendzeit, vergeben. Die Zahl der **Einsätze pro Einsatztag** lässt sich nur begrenzt erhöhen: Ein Einsatz pro Einsatztag gilt als Normalfall. Zwei bis drei Einsätze pro Einsatztag sind bedingt möglich. Auch die **Zeit pro Einsatz** unterliegt Beschränkungen: Im Einzelfall lassen sich Einsätze von maximal dreißig Minuten Dauer absolvieren. Das Pflegepersonal kann unmöglich Einsätze durchführen, die Tag und Nacht währen.<sup>2127</sup>

Strukturell bedingt begrenzt sind auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **pflegenahe Leistungen** zu erbringen. Deutlich wird: Das Pflegepersonal kann **pflegenahe Beratungsleistungen** erbringen. Es kann den Angehörigen Ratschläge erteilen: sei es den Rat, der familiären Pflegeperson Erholungsmöglichkeiten zu verschaffen, sei es den Rat, „beizeiten“<sup>2128</sup> die Heimpflege zu bahnen. Es kann den Angehörigen Anleitung für den Vollzug informeller Pflegeleistungen bieten. Es kann Pflege Techniken zeigen und einüben lassen: sei es die Technik der Insulininjektion, sei die Technik rückenschonenden Hebens. Es kann die Angehörigen einer desorientierten, insulinpflichtigen Patientin über Ernährungsregeln bei Diabetes aufklären. Es kann den Angehörigen einer im Rollstuhl sitzenden Patientin, deren linkes Bein amputiert ist und

---

<sup>2126</sup> vgl.: EPI 4: 26.

<sup>2127</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1.; Kapitel 4.2.2.5.2. und Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2128</sup> EPI 4: 43.

deren rechtes Bein von einer Amputation bedroht ist, empfehlen, die Durchblutung des von der Amputation bedrohten Beines durch Bewegungsübungen zu fördern. Es kann die Angehörigen über das eigene Verfahren aufklären, Hilfe beim Waschen einer im Rollstuhl sitzenden Patientin zu leisten, die nach einer Beinamputation unter Phantomschmerzen leidet, die durch Berührung des Beinstumpfes auslösbar sind<sup>2129</sup> und es kann den Angehörigen die Anwendung jenes eigenen Verfahrens empfehlen. Es kann zwar Beratung bieten, hat aber keine Garantie dafür, dass Beratungsaktionen erwünscht sind und erfolgreich verlaufen.<sup>2130</sup>

Das Pflegepersonal kann nach Darstellung der Pflegekraft in begrenztem Umfang **pflegenahe Betreuungsleistungen** übernehmen: Es hat die Möglichkeit, zur Vormittagszeit Pflegeeinsätze durchzuführen, die als Einsätze definiert werden können, in denen Pflege **mit** Konversation geboten wird. Es hat zudem die Möglichkeit, zur Nachmittagszeit Betreuungseinsätze zu absolvieren, die sich als Einsätze definieren lassen, in denen Konversation **ohne** Pflege geboten wird. Es kann zur Nachmittagszeit jedoch allenfalls in unregelmäßigen Abständen in minimalem Umfang Konversation ohne Pflege betreiben<sup>2131, 2132</sup>. Das Pflegepersonal kann nach Angaben der Pflegekraft ferner in begrenztem Maße **pflegenahe Hausarbeiten** erledigen. Es hat einerseits begrenzte Möglichkeiten, im Verlauf eines Pflegeeinsatzes pflegenahe Hausarbeiten zu verrichten: Es kann nach Erledigung der Pflegearbeit etwa Aufräumarbeiten übernehmen, die auf den eigenen Arbeitsplatz und auf den eigenen Arbeitsprozess beschränkt bleiben. Es hat andererseits begrenzte Möglichkeiten, nach Beendigung eines Pflegeeinsatzes pflegenahe Hausarbeiten zu erledigen: Es kann die Besorgung von Medikamenten übernehmen. Deutlich wird: Das Pflegepersonal fällt in seiner Urlaubszeit nicht nur als Arbeitskraft für die Übernahme von Pflegeleistungen, sondern auch als Arbeitskraft für die Übernahme von pflegenahen Leistungen aus.<sup>2133</sup>

Strukturell bedingt begrenzt sind nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die pflegebedürftige Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, (pflegende) Angehörige zu unterstützen. Deutlich wird: Formelle Pflege und formelle Pflegeberatung können in begrenztem Maße zu einer Entlastung von (pflegenden) Angehörigen beitragen.<sup>2134</sup> Das Pflegepersonal kann pflegenden Angehörigen für die Dauer des Pflegeeinsatzes eine Auszeit von informeller Pflege bieten. Das Pflegepersonal kann raten, der familiären

---

<sup>2129</sup> vgl.: EPI 4.2: 25.

<sup>2130</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2131</sup> vgl.: EPI 4.2: 23.

<sup>2132</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2133</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2134</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegeperson durch Organisation von Spielräumen in der informellen Pflegebeziehung Erholungsmöglichkeiten zu eröffnen.

#### 4.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Die Pflegekraft verdeutlicht: Mit ihrer Verpflichtung, **Pflegearbeit** zu leisten, kann die Anforderung verbunden sein, Pflegeleistungen zu verrichten, die auch Personen ohne Pflegeausbildung erbringen können. Aus Sicht der Pflegekraft lässt sich die Hilfe beim Waschen und die Insulininjektion jenen Pflegeleistungen zurechnen. Die Pflegekraft verdeutlicht ferner: Sie ist bedingt verpflichtet, Einsätze durchzuführen, um Pflege zu leisten. Sie ist keineswegs verpflichtet, Einsätze zu absolvieren, um ausschließlich Gesellschaft zu leisten. Sie hat ihre Arbeitszeit hauptsächlich zur Durchführung von Pflegeeinsätzen zu reservieren.<sup>2135</sup>

Die Pflegekraft macht deutlich: Die Verpflichtung zur Pflegearbeit geht mit der Verpflichtung zur **Koordinationsarbeit** einher. Im Prozess der Fallauswahl und Fallbearbeitung ergeben sich diverse Fragen, die die Möglichkeiten und Grenzen tangieren, die häusliche Pflege sicherzustellen. Was sind unter den gegebenen Umständen (un)realistische Zielsetzungen? Wie lässt sich die regelgemäße Medikamentierung und Ernährung der desorientierten Patientin sicherstellen? Wie lässt sich der insulinpflichtige Diabetes am Wochenende bearbeiten? Wie lässt sich am Wochenende die körperliche Hygiene der im Rollstuhl sitzenden Patientin gewährleisten, die seit einer Beinamputation an Phantomschmerzen leidet, die durch vorsichtige Berührung des Beinstumpfes auslösbar sind? Wie lässt sich die der Patientin drohende Amputation des rechten Beines abwehren? Welche Pflegeleistungen übernehmen die Angehörigen? Welche Aufgaben nehmen die Pflegekräfte wahr? Was sind Zeiten informeller Pflege? Was sind Zeiten formeller Pflege? Ist es angeraten, eine Heimpflege zu organisieren? Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat das Engagement des Pflegepersonals soweit möglich mit dem Engagement der Angehörigen zu verbinden.<sup>2136</sup> Sie hat nach Möglichkeit das Engagement des Pflegepersonals auch mit dem Engagement des behandelnden Hausarztes in Einklang zu bringen. Sie weiß: Die Arbeitsbeziehung, die sie zu dem behandelnden Hausarzt unterhält, ist vorbelastet. Gleichwohl ist sie verpflichtet, ihn im Bedarfsfall zu verständigen, um Gefahren für Leib und Leben der Patientin nach Möglichkeit abzuwehren. Darüber hinaus hat sie die

---

<sup>2135</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2136</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Verpflichtung, in seinem Auftrag tätig zu werden, d.h. die Tochter zur selbständigen Insulininjektion anzuleiten, und ihn über den Stand der Auftrags erledigung zu verständigen.<sup>2137</sup>

Mit der Verpflichtung, Pflegearbeit zu erledigen, ist nach Darstellung der Pflegekraft auch die Verpflichtung verbunden, **Fehlerarbeit** zu leisten. Es gilt, nach Möglichkeit Fehler zu vermeiden, die für die Patientin folgeschwer sein können. Die Pflegekraft verdeutlicht sowohl am Beispiel ihrer Bemühungen um die Sicherstellung der Versorgung des von der Amputation bedrohten Beines als auch am Beispiel ihrer Bemühungen um die Sicherstellung einer regelgemäßen Ernährung und Medikamentierung das Bestreben, Gefahren für Leib und Leben der Patientin abzuwehren.<sup>2138</sup>

Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht ein **Recht auf Freizeit**, das sich am Ende des Arbeitstages, am Wochenende und während der Urlaubszeit realisieren lässt. Die Pflegekraft verdeutlicht: Das Pflegepersonal hat versucht, die berufstätige Angehörige zu beeinflussen, am Wochenende informelle Pflege zu leisten, um sich selber eine Auszeit von formeller Pflege am Wochenende zu verschaffen. Die Versuche, auf die berufstätige Angehörige Einfluss zu nehmen, die Pflege am Wochenende zu übernehmen, sind zum Leidwesen des Pflegepersonals erfolglos verlaufen.<sup>2139</sup> Die Pflegekraft verdeutlicht ferner: Vor Beginn ihrer Urlaubszeit hat sie den Prozess der Erledigung einer im Rahmen der Gewährleistung der regelgemäßen Medikamentierung anfallenden Aufgabe reorganisiert, um den eigenen Urlaub ruhigen Gewissen antreten zu können<sup>2140</sup>. Sie hat sich bemüht, die Besorgung der Medikamente so zu regeln, dass die Patientin keinen Schaden nimmt, derweil sie selber urlaubsbedingt ausfällt.<sup>2141</sup> Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht auch ein **Recht auf Arbeitserleichterung**, das sich etwa durch Nutzung persönlicher Hilfestellung verwirklichen lässt. Die Pflegekraft macht deutlich: Sie plant, die berufstätige Angehörige als Zweitkraft zu engagieren, Hilfe beim Baden zu leisten.<sup>2142</sup>

#### 4.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Die Pflegekraft ist sich bewusst: Angehörige, pflegende Angehörige und berufstätige Angehörige, haben ein **Recht auf Freizeit**, können es im Kontext häuslicher Pflege

<sup>2137</sup> siehe Kapitel 4.2.1.1.; Kapitel 4.2.2.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2138</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2139</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2140</sup> vgl.: EPI 4.2: 19.

<sup>2141</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2142</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

jedoch nur begrenzt realisieren.<sup>2143</sup> Den Ausführungen der Pflegekraft lässt sich entnehmen: Im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt sollte die Pflege der Patientin im häuslichen Kontext fortgesetzt werden. Nicht der Krankenhaussozialdienst sondern die Angehörige hat mit der Stadtverwaltung Kontakt aufgenommen, um den gemeindlichen Pflegedienst zu verständigen. Den Ausführungen der Pflegekraft kann ferner entnommen werden: Sie weiß, dass eine Heimpflege nach Auffassung der Angehörigen erst erfolgen soll, wenn sich die häusliche Pflege nicht länger sicherstellen lässt<sup>2144</sup>. Die Vermutung liegt nahe: Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen verpflichtet, an der **Organisation von Pflegeprozessen** mitzuwirken. Die Pflegekraft weiß: Angehörige können gefordert sein, sich um formelle Pflege zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege zu bemühen. Sie hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen sie unter Umständen um formelle Pflege bitten und sie sollen jene Bitte um formelle Pflege nach Möglichkeit rechtzeitig formulieren.<sup>2145</sup> Die Pflegekraft weiß zudem: Angehörige können auch gefordert sein, sich um formelle Pflege zwecks Sicherstellung einer Heimpflege zu kümmern. Wenn das der Fall ist, dann sollen Angehörige sich aus Sicht der Pflegekraft wahrscheinlich auch möglichst zur rechten Zeit um die Einleitung einer Heimpflege bemühen.<sup>2146</sup> Zu unterstellen ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll, dann haben Angehörige aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen auch die Aufgabe, sich an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen und vorrangig vor formeller Pflege informelle Pflege zu leisten. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Angehörige sollen unter Umständen Pflegeleistungen übernehmen, die auch Personen verrichten könnten, die keine Pflegeausbildung besitzen. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft zählt beispielsweise die Körperpflege im Falle einer im Rollstuhl sitzenden Patientin, die nach einer Beinamputation unter Phantomschmerzen leidet, die bei vorsichtiger Berührung des Beinstumpfes auslösbar sind, und die Insulininjektion im Falle einer desorientierten Diabetikerin zu jenen Pflegeleistungen, die Angehörige nach Anleitung theoretisch übernehmen könnten. Wenn sie eine Anleitung erhalten haben, dann sollen sie aus Sicht der Pflegekraft informelle Pflege gemäß formeller Pflegeberatung leisten. Die Pflegekraft hegt vermutlich nicht nur Ansprüche in Bezug auf **informelle Pflegeleistungen**, sondern auch Ansprüche mit Bezug auf **Zeiten informeller Pflege**.

- Anzunehmen ist: Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft nicht unter allen Umständen gefordert, in der Zeit **während** der Einsätze des Personals Hilfe zu

<sup>2143</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2144</sup> vgl.: EPI 4.2: 26.

<sup>2145</sup> siehe Kapitel 4.2.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2146</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

leisten. Soweit die Pflegekraft es als nötig und möglich einschätzt, sollen Angehörige ihr beispielsweise während eines Badeeinsatzes behilflich sein.<sup>2147</sup>

- Anzunehmen ist ferner: Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen gefordert, in Zeiten **zwischen** den regulären Einsatzzeiten des Personals Pflege zu leisten. Sofern die Pflegekraft es für nötig und möglich hält, sollen Angehörige die Pflege am Wochenende übernehmen.<sup>2148</sup>
- Naheliegend ist die Vermutung: Nach Auffassung der Pflegekraft ist es unter Umständen auch Aufgabe der Angehörigen, die zwischenzeitlich tagsüber anfallenden Pflegeleistungen<sup>2149</sup> und die Betreuung zur Nachtzeit<sup>2150</sup> zu übernehmen, wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll.

Unterhält die Pflegekraft **Ansprüche an die Wahl der informellen Pflegeperson?** Anzunehmen ist: Aus Sicht der Pflegekraft lassen sich **Nachbarn** weder engagieren, dauerhaft Pflegeleistungen zu übernehmen<sup>2151</sup>, noch lassen sich Nachbarn engagieren, auf freiwilliger Basis wochenends Pflege zu leisten<sup>2152, 2153</sup>. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Pflege im häuslichen Kontext zu leisten, ist vorrangig Aufgabe von **Angehörigen**, nicht von Nachbarn. Wie soll im Falle häuslicher Pflege verfahren werden, wenn Angehörige einer Berufstätigkeit nachgehen? Hält die Pflegekraft es für zumutbar, dass berufstätige Angehörige die Pflege am Wochenende übernehmen?<sup>2154</sup> **V9** Die Pflegekraft hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige, die einer Berufstätigkeit nachgehen, sollen am Wochenende informelle Pflege leisten, soweit sie deren Mitwirkung am Wochenende als nötig und möglich erachtet. Die Pflegekraft hegt ferner vermutlich den Anspruch: Berufstätige Angehörige sollen eine finanzielle Selbstbeteiligung an den Kosten der häuslichen Pflege nicht argumentativ nutzen, um sich wochenends jedweder praktischen Selbstbeteiligung an der häuslichen Pflege zu entziehen. Sie sollen die praktische Selbstbeteiligung an der häuslichen Pflege am Wochenende zumindest „ausprobieren“<sup>2155</sup>. Hält die Pflegekraft es für zumutbar, dass berufstätige Angehörige zumindest zeitweilig die Betreuung zur Nachtzeit übernehmen? Sie legt sich nicht fest.

<sup>2147</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2148</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2149</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2150</sup> siehe Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2151</sup> vgl.: EPI 4: 24.

<sup>2152</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2153</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2154</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.3. und Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2155</sup> EPI 4: 33.

#### 4.4.1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Jeder kann jederzeit versehentlich **Fehler** begehen. Heterogene **Fehlermöglichkeiten** sind in Rechnung zu stellen. **Deutungsfehler** können Handlungsfehler zur Folge haben. Prozesse der Bedarfsbestimmung sind fehleranfällig. Deutlich wird: Es ist jederzeit möglich, den **Bedarf an Pflege** versehentlich falsch einzuschätzen. Unterschätzung und Überschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege sind Fehleinschätzungen mit unterschiedlichen Folgen: Die Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege kann zu einer Überforderung der älteren Person führen. Die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe bei der Körperpflege kann zu einer Unterforderung der älteren Person führen.<sup>2156</sup> Es ist ferner jederzeit möglich, den **Bedarf an Pflegeberatung** aus Versehen falsch zu beurteilen.<sup>2157</sup> Auch ist es jederzeit möglich, den **Behandlungsbedarf** auf Seiten eines Patienten versehentlich falsch zu einzuschätzen. Es besteht einerseits die Möglichkeit, irrtümlicherweise eine vorhandene Gefährdung zu übersehen. Es besteht andererseits die Möglichkeit, versehentlich eine Gefährdung zu unterstellen. Beide Arten von Fehleinschätzungen sind für einen Patienten keineswegs gleichermaßen folgenschwer. Prozesse der Bedarfsbearbeitung sind gleichfalls fehleranfällig.<sup>2158</sup> Deutlich wird: Die Pflegekraft unterstellt die Möglichkeit, dass die Netzwerkmitglieder im Prozess der Krankheitsbearbeitung versehentlich **Handlungsfehler** begehen. Sie befürchtet, dass die Netzwerkmitglieder, sich an der Sicherstellung der regelgerechten Ernährung beteiligend, bei der Zuteilung der Nahrung aus Versehen Fehler machen.<sup>2159</sup> Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat sich gefordert gesehen, nicht nur Fehlermöglichkeiten in Rechnung zu stellen, sondern auch **Fehlern als Faktum** Rechnung zu tragen. Die Pflegekraft verdeutlicht, **fremde Fehler** wahrgenommen zu haben. Die Netzwerkmitglieder haben nach Angaben der Pflegekraft im Rahmen der Krankheitsbearbeitung versehentlich Fehler begangen: Sich an der Sicherstellung der regelgerechten Medikamentierung beteiligend, haben sie nach Auskunft der Pflegekraft bei der Austeilung und Beschaffung der Medikamente aus Versehen Fehler gemacht.<sup>2160</sup> Der behandelnde Hausarzt hat nach Aussage der Pflegekraft im Rahmen der Krankheitsbearbeitung eine Verdachtsdiagnose gestellt, die sich als falsch erwiesen hat.<sup>2161</sup> Hat die Pflegekraft **selber Fehler** begangen? Die Pflegekraft verdeutlicht, zu der Auffassung gelangt zu sein: Dass sie der Tochter im

<sup>2156</sup> siehe Kapitel 4.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2157</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2158</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2159</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2160</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. und Kapitel 4.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2161</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.



Rahmen des Erstbesuches einen Wochenenddienst als Übergangslösung angeboten hat, hat sich im Verlauf der Zeit als Fehler erwiesen. Das Angebot hat auf Seiten der Tochter die Hoffnung auf einen Wochenenddienst als Dauerlösung genährt.<sup>2162</sup> Nicht auszuschließen ist: Die Pflegekraft hat versehentlich einen für den alten Mann folgenschweren Fehler begangen. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Der alte Mann ist gefordert gewesen, die Patientin zu heben, hat aber die Technik rückenschonenden Hebens nicht beherrscht und hat beim Heben der Patientin einen Schaden erlitten. Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat den auf Seiten des alten Mannes bestehenden Bedarf an formeller Pflegeberatung anfänglich unterschätzt (Deutungsfehler) und hat es zunächst unterlassen, den alten Mann im Rahmen der Koordinationsarbeit zu rückenschonendem Heben anzuleiten (Handlungsfehler).<sup>2163</sup>

#### 4.4.2. Handlungsziele

Zu unterstellen ist das Bestreben der Pflegekraft, nach Möglichkeit dazu beizutragen, die **Lebensqualität** der Patientin zu sichern: Der Patientin soll ermöglicht werden, solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Die Pflegekraft registriert vermutlich Gefährdungspotentiale auf Seiten der Patientin. Der Zustand der Patientin kann sich jederzeit verschlechtern.<sup>2164</sup> Es besteht die Gefahr eines Gefäßverschlusses mit drohender Amputation des rechten Beines. Es droht die Entgleisung des Blutzuckers und die Verschlimmerung der Verwirrtheit. Sie registriert vermutlich auch Gefährdungspotentiale auf Seiten der Angehörigen. Sie verweist auf eine Gefährdung des familiären Engagements. Sie ist der Auffassung: Die Belastung und die begrenzte Belastbarkeit des pflegenden Angehörigen sind unverkennbar. Der pflegende Angehörige kann jederzeit ausfallen: erschöpfungsbedingt, krankheitsbedingt, unfallbedingt. Es besteht nicht nur die **Gefahr**, dass es zu einem **Ausfall des pflegenden Angehörigen** kommt, sondern es besteht auch die Gefahr, dass es zu einem **Abbruch der informellen Pflege** kommt, wenn dessen Belastung steigt und dessen Belastbarkeit schwindet.<sup>2165</sup> Wenn es in der Phase mit (extrem) hohem Pflegebedarf dazu kommt, dass der mithelfende Angehörige ausfällt oder seine Mitwirkung aufkündigt, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege gefährdet. Anzunehmen ist: Die familiale Pflegerolle bliebe vakant, da die Tochter es sich nach

---

<sup>2162</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2163</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2164</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2. und Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2165</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2. und Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Aussage der Pflegekraft nicht erlauben kann, die Berufstätigkeit aufzugeben. Weder auf der Ebene des familialen Netzes, noch auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation gäbe es eine Ersatzlösung.

Zu unterstellen ist ferner das Bestreben der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern.<sup>2166</sup> Sicherheit für Leib und Leben der Patientin soll soweit wie möglich gewährleistet werden. Der körperliche Zustand der Patientin soll nach Möglichkeit verbessert werden. Eine Verschlechterung des körperlichen Zustands soll möglichst vermieden werden. Die Pflegekraft ist vermutlich auch bestrebt, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern: Eine Vergeudung von Arbeitskraft auf Seiten des Pflegepersonals soll nach Möglichkeit vermieden werden.<sup>2167</sup> Nicht nur die Arbeitskraft auf Seiten des Pflegepersonals sondern auch die Arbeitskraft auf Seiten des pflegenden Angehörigen soll möglichst gewahrt werden. Der alte Mann soll nach Möglichkeit entlastet werden: einerseits durch Übernahme der formellen Pflege, andererseits durch formelle Pflegeberatung.<sup>2168</sup> Die berufstätige Tochter soll durch formelle Pflegeberatung befähigt werden, die Pflege am Wochenende zu übernehmen. Die formelle Pflegeberatung soll einer Überforderung der Tochter vorbeugen.<sup>2169</sup> Wenn die Tochter die Pflege am Wochenende übernimmt, dann bleibt den Pflegekräften der Wochenenddienst erspart und sie erfahren Entlastung. Die Pflegekraft ist der Auffassung: Formelle Pflegeberatung, die darauf gerichtet ist, Familienmitglieder zu befähigen, Insulin zu injizieren, um sie nach erreichter Befähigung mit der Erledigung jener Aufgabe zu betrauen, muss nicht nur zu einer Belastung der Familienmitglieder führen, sondern kann auch zu deren Entlastung beitragen.<sup>2170 2171</sup>

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat das Verhältnis zu der berufstätigen Tochter angesichts deren Weigerung, die Pflege am Wochenende zu übernehmen, als konflikthaft erlebt. Aus Sicht der Pflegekraft wäre der Konflikt gelöst, würde die Tochter die Pflege am Wochenende komplett übernehmen. Aus Sicht der Pflegekraft wäre das Konfliktpotential gemindert, würde die Tochter die Pflege am Wochenende zumindest teilweise übernehmen. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Das Pflegepersonal hat nicht nur den Versuch gestartet, der Tochter das komplette Pflegeprogramm am Wochenende (Waschdienst und Spritzdienst) zu übertragen, sondern hat auch den Versuch unternommen, der Tochter ein reduziertes Pflegeprogramm am Wochenende (Waschdienst) zu überlassen. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage im Verlauf der Zeit entschieden: Es ist erforderlich, das Gespräch

<sup>2166</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2.; Kapitel 4.2.2.3. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2167</sup> siehe Kapitel 4.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2168</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2169</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.3. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2170</sup> vgl.: EPI 4: 6.

<sup>2171</sup> siehe Kapitel 4.2.2.3 aus Kapitel III dieser Arbeit.

mit der Tochter zu suchen, und es ist angeraten, eine Gesprächsführung zu wählen, die „nicht so aggressiv“<sup>2172</sup> wirkt. Die Pflegekraft ist vermutlich bemüht gewesen, die **Qualität des Arbeitsklimas** nicht unnötig zu gefährden, um die Chancen, die Tochter zur Übernahme der Pflege am Wochenende zu bewegen, nicht zu mindern.<sup>2173</sup> Den Ausführungen der Pflegekraft kann entnommen werden: Die Versuche des Pflegepersonals, der Tochter die Pflege am Wochenende ganz oder teilweise zu übertragen, sind zum Leidwesen des Pflegepersonals erfolglos verlaufen.<sup>2174</sup>

### 4.4.3. Handlungsstrategien

#### 4.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat, das formelle Pflegeprogramm einrichtend, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **begrenzt**.<sup>2175</sup> Sie hat die Arbeitszeiten und die Arbeitsleistungen beschränkt. Sie hat die Zahl der Einsätze an den regulären Einsatztagen (montags bis freitags) reduziert: Sie hat den Einsatz zur Vormittagszeit beibehalten. Den Einsatz zur Mittagszeit hat sie eingestellt. Sie hat dreißig Minuten Zeit für einen Einsatz zur Vormittagszeit reserviert. Sie hat jene Einsatzzeit nicht nur an allen regulären Einsatztagen, sondern auch an den außergewöhnlichen Einsatztagen (Samstag und Sonntag) freigehalten. Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen (Hilfe beim Waschen, Insulininjektion) im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: Sie hat pflegenahen Beratungsleistungen und pflegenahen Betreuungsleistungen (Konversation mit der Patientin) im Verlauf eines Pflegeeinsatzes teils zeitgleich, teils zeitversetzt zu Pflegeleistungen erbracht.<sup>2176</sup> Sie hat auch die Personalmenge pro Einsatz beschränkt: Sie hat ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz eingeplant.

Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat sich bemüht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals auf ein aus ihrer Sicht **rechtes Maß** zu begrenzen.<sup>2177</sup> Sich auf den Auftrag konzentrierend, bedingt Pflegearbeit zu leisten, hat sie **Bedarfsprüfungen** vorgenommen. Sie hat sich bei der Bestimmung des Bedarfs an formeller Pflege auch auf die ärztliche Verordnung in Sachen Insulininjektion gestützt. Sie hat sowohl die

---

<sup>2172</sup> EPI 4: 3.

<sup>2173</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2174</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2175</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2176</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. und Kapitel 4.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2177</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.2.; Kapitel 4.2.2.4. und Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Notwendigkeit als auch die Möglichkeit geprüft, formelle Pflege zu leisten. Sie ist vermutlich zu der Auffassung gelangt: Es ist sowohl nötig als auch möglich, Pflegeeinsätze zur Vormittagszeit einzurichten. Es ist möglich, aber mittlerweile unnötig, Pflegeeinsätze zur Mittagszeit zu absolvieren. Es ist unmöglich, Tag und Nacht formelle Pflege zu leisten. Es ist möglich, aber unnötig, formelle Pflege am Wochenende zu leisten. Sie hat die formelle Pflegeberatung vermutlich als Möglichkeit betrachtet, informelle Pflege am Wochenende zu fördern, um durch Förderung informeller Pflege den Bedarf an formeller Pflege zu senken und um einen Abbau des formellen Pflegeprogramms wegen eines gesunkenen Bedarfs an formeller Pflege einleiten zu können. Sie hat sich vermutlich bemüht, das Pflegepersonal **nur soweit** in der Pflegearbeit einzusetzen, wie sie es für **nötig und möglich** gehalten hat. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat im Verlauf der Fallbearbeitung für eine **kontinuierliche Bedarfsprüfung** gesorgt. Bedarfsprüfung und Pflegearbeit im Rahmen der Pflegeeinsätze kombinierend, hat sie beständig die Notwendigkeit und Möglichkeit geprüft, **Veränderungen am formellen Pflegeprogramm** vorzunehmen. Sie hat nach eigener Darstellung Pläne gehabt, ausgewählte Pflegeleistungen zu ausgewählten Pflegezeiten abzubauen. Der Plan, die Einsätze zur Mittagszeit einzustellen, hat sich nach Aussage der Pflegekraft verwirklichen lassen.<sup>2178</sup> Der Plan, die Einsätze am Wochenende einzustellen, hat sich nach Angaben der Pflegekraft hingegen nicht realisieren lassen.<sup>2179</sup>

Die Pflegekraft hat vermutlich nicht nur selber Pflege geleistet, sondern hat auch Pflege leisten lassen: formelle Pflege im Personalwechsel<sup>2180</sup> und informelle Pflege.<sup>2181</sup> Naheliegend ist die Vermutung: Ausgewählte Familienmitglieder haben sich im Verlauf der Fallbearbeitung teils an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses (die berufstätige Tochter), teils an der Produktion von Pflegeleistungen (der alte Mann) beteiligt. Das ältere männliche Familienmitglied hat im Verlauf der Fallbearbeitung informelle Pflege geleistet (Ausgabe der Medikamente und Kontrolle der Medikamenteneinnahme, Ausgabe der Nahrung und Kontrolle der Nahrungsaufnahme): nicht in der Zeit während der Pflegeeinsätze, sondern in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen. Formelle und informelle Pflege sind nicht zeitgleich, sondern zeitversetzt geleistet worden. Die Pflegekraft hat sich auf den **Vorrang informeller Pflege** gestützt: nicht in der Zeit während der Pflegeeinsätze, sondern in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen. Sie hat das ältere männliche Familienmitglied als Zweitkraft bei Pflegeeinsätzen ausgegrenzt. Sie hat keine Notwendigkeit gesehen, sich

---

<sup>2178</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2179</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2180</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2181</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

im Rahmen der Pflegeeinsätze einer Zweitkraft zu bedienen. Sie hat versucht, den Vorrang informeller Pflege auszubauen. Sie hat erlebt: Der Versuch, das weibliche Familienmitglied (die berufstätige Tochter) einzubinden, um die formelle Pflege am Wochenende durch informelle Pflege zu ersetzen, ist erfolglos verlaufen.<sup>2182</sup> Gleichwohl gedenkt sie, auch weiterhin zu versuchen, den Vorrang informeller Pflege auszubauen: Sie plant, wochenends Badeeinsätze durchzuführen, und sie plant, das weibliche Familienmitglied (die berufstätige Tochter) im Rahmen der geplanten Badeeinsätze als Zweitkraft einzubinden.<sup>2183</sup> Sie ist der Meinung: Es ist notwendig, sich im Rahmen der geplanten Badeeinsätze einer Zweitkraft zu bedienen. Sie sieht sich im Rahmen der geplanten Badeeinsätze gefordert, körperliche Schwerstarbeit zu verrichten. Folglich sieht sie sich gefordert, sich körperliche Entlastung durch persönliche Hilfestellung zu verschaffen, um die eigene Arbeitskraft zu wahren. Sie ist ferner der Ansicht: Es ist möglich, das weibliche Familienmitglied im Rahmen der geplanten Badeeinsätze als Zweitkraft einzubinden, ohne dessen Arbeitskraft zu schädigen. Folglich erübrigt sich der Einsatz zweier Pflegekräfte. Nach eigener Aussage plant sie, den Plan zur Durchführung von Badeeinsätzen zu verwerfen, sollte sich das weibliche Familienmitglied nicht einbinden lassen, bei Badeeinsätzen als Zweitkraft zu fungieren. Die Pflegekraft hat vermutlich versucht, die Angehörigen an der Pflegearbeit zu beteiligen, **soweit** sie deren Beteiligung als **nötig und möglich** eingeschätzt hat.

Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat die Angehörigen nicht nur Unterstützung leisten lassen, sondern hat den Angehörigen in begrenztem Umfang auch Unterstützung geboten.<sup>2184</sup> Sie hat formelle Pflege geleistet und hat die Angehörigen maximal für die Dauer eines Pflegeeinsatzes von (alleiniger) informeller Pflege freigestellt. Die Pflege der Patientin hat sie im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit der Beratung der Angehörigen kombiniert, sofern sie deren Beratung als nötig und möglich erachtet hat. Sie hat nicht nur Pflege und Beratung, sondern auch soziale Betreuung geleistet. Pflegeeinsätze absolvierend, hat sie der Patientin Pflege **mit** Gesellschaft geboten. Zusätzlich Betreuungseinsätze durchführend, hat sie der Patientin in begrenztem Umfang Gesellschaft **ohne** Pflege offeriert. Sie hat den Angehörigen somit nicht nur pflegefreie Zeit im Falle der Übernahme von Pflegeeinsätzen, sondern auch betreuungsfreie Zeit im Falle der Übernahme von Betreuungseinsätzen gewährt.

---

<sup>2182</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2183</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2184</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1.; Kapitel 4.2.2.5.2. und Kapitel 4.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

#### 4.4.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat die Aufmerksamkeit im Rahmen der **Koordinationsarbeit** auf den Auftrag konzentriert, bedingt formelle Pflege zu leisten. Nach eigener Aussage hat sie sowohl im Prozess der Fallauswahl, als auch im Prozess der Fallbearbeitung in der **Interaktion mit den Angehörigen** Koordinationsleistungen erbracht.<sup>2185</sup> Sie hat **kommunikativen Leistungen der Angehörigen** in eigenen Entscheidungsprozessen vermutlich bedingt Beachtung geschenkt. Sie hat sich wahrscheinlich vergewissert: Sind deren Kommunikationsleistungen entscheidungsrelevant? Verweisen sie auf Unterstützungswünsche? Signalisieren sie Unterstützungsbedarf? Anzunehmen ist: Sie hat im Rahmen der Fallauswahl zeitnah auf die wahrgenommene Bitte um formelle Unterstützung reagiert und hat zeitnah mit Prüfung des Bedarfs an formeller Unterstützung begonnen.<sup>2186</sup> Anzunehmen ist ferner: Im Rahmen der Fallbearbeitung hat sie unterstellt, sich auf die Einwilligung der Angehörigen berufen zu können, wenn sie für eine kontinuierliche Bedarfsprüfung sorgt. Sowohl die Grundsatzentscheidung zur Fallübernahme, als auch die Detailentscheidungen zur Fallbearbeitung<sup>2187</sup> hat sie vermutlich auf Basis des eigenen Prüfverfahrens unter Beachtung der ärztlichen Verordnung gefällt. Zu unterstellen ist: Mit den Angehörigen interagierend, hat sie **Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm** bedingt als Kommunikationsthema gewählt. Sie hat den Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm wahrscheinlich zur rechten Zeit **mitgeteilt**: soweit sie eine Mitteilung als opportun erachtet hat. Rechtzeitig mitgeteilt hat sie vermutlich sowohl die Entscheidung, den Waschdienst an einem Wochenende einmal ausfallen zu lassen<sup>2188</sup>, als auch die Entscheidung, wochenends keinen Einsatz zur Mittagszeit durchzuführen, als auch die Entscheidung, die an den verbleibenden Wochentagen absolvierten Einsätze zur Mittagszeit einzustellen. Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm hat sie den Angehörigen wahrscheinlich auch **erläutert**: soweit sie eine Erläuterung als opportun betrachtet hat. Anzunehmen ist: Sie hat den Angehörigen eine Erklärung für die Entscheidung angeboten, einstweilen einen Pflegeeinsatz zur Mittagszeit einzurichten, und hat ihnen im Rahmen jenes

---

<sup>2185</sup> siehe Kapitel 4.2.1.1.; Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.4.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2186</sup> siehe Kapitel 4.2.1.1. und Kapitel 4.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2187</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.4.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2188</sup> vgl.: EPI 4: 22.

Erklärungsangebotes Einblick in **Bedingungen formeller Pflege** gewährt.<sup>2189</sup> Hat sie ihnen auch Einblick in **Zielsetzungen formeller Pflege** geboten?

- Sie hat ihnen nach eigener Darstellung zu verstehen gegeben, dass es zur Mittagszeit angezeigt ist, Maßnahmen zu ergreifen, um die Blutzirkulation in dem Bein, das von einer Amputation bedroht ist, aufrechtzuerhalten. Möglicherweise hat sie es ihnen überlassen, mithilfe jener Deutungsanleitung von dem angekündigten Handlungsplan (Durchführung von Einsätzen zur Mittagszeit) auf das gewählte Handlungsziel (Vermeidung einer Verschlechterung des Zustands der Patientin und Vermeidung einer Beinamputation) zu schließen.<sup>2190</sup>
- Sie hat der berufstätigen Angehörigen eigenem Bekunden nach zu verstehen gegeben, dass sie den Wochenenddienst als Übergangslösung und nicht als Dauerlösung verstanden wissen will. Möglicherweise hat sie es der Angehörigen überlassen, mithilfe jener Deutungsanleitung von dem angekündigten Handlungsplan (Anleitung zur selbständigen Insulininjektion) auf das gewählte Handlungsziel (Förderung informeller Pflege am Wochenende) zu schließen.<sup>2191</sup>

Naheliegender ist die Vermutung: Die Pflegekraft hat in der Interaktion mit der berufstätigen Angehörigen nicht nur über **formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals**, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert. Sofern sie es für opportun gehalten hat, hat sie die Angehörige auf **Ansprüche** hingewiesen, die sie hinsichtlich der Gewährung informeller Unterstützung hat. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat der Angehörigen signalisiert, sie soll sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligen. Sie hat ihr vermutlich zu verstehen gegeben: Den Beginn der häuslichen Pflege antizipierend, soll sie das Personal der ambulanten Pflegeorganisation rechtzeitig verständigen.<sup>2192</sup> Das Ende der häuslichen Pflege für den Fall steigender Pflegebedürftigkeit antizipierend, soll sie mit den Vorbereitungen auf die Heimpflege rechtzeitig beginnen.<sup>2193</sup> Sie hat ihr ferner vermutlich signalisiert: Sie soll auf die Patientin Einfluss nehmen, damit diese ihrem Ehemann Spielraum gewährt, sich zu erholen, dass er als Arbeitskraft im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege möglichst nicht ausfällt.<sup>2194</sup> Hat die Pflegekraft die

---

<sup>2189</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2190</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2191</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2192</sup> siehe Kapitel 4.2.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2193</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2194</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Angehörige auch aufgeklärt, dass diese sich am Wochenende an der **Produktion von Pflegeleistungen** beteiligen soll? Hat sie der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass diese die Pflege am Wochenende, bestehend aus Waschdienst und den Spritzdienst, übernehmen soll? Sie hat unter Umständen vermutlich die **direkte Kommunikation** mit der Angehörigen gewählt, die Kommunikation von Angesicht zu Angesicht, hat den Anspruch, die Angehörige soll die Pflege am Wochenende übernehmen, **aber** nicht offen formuliert..

- Vermutlich hat sie dem alten Mann den Plan verkündet, den Waschdienst an einem Wochenende einmal ausfallen zu lassen<sup>2195</sup>, ohne ihn aufzuklären, dass es „Sinn und Zweck“<sup>2196</sup> jenes Planes ist, seiner Tochter den Waschdienst an jenem Wochenende zu übertragen. Möglicherweise hat sie unterstellt: Die Aufklärung über jenen Handlungsplan lässt problemlos auf den Anspruch zu schließen, dass die Tochter den Waschdienst an jenem Wochenende übernehmen soll.<sup>2197</sup>
- Möglicherweise hat sie auch unterstellt: Die Ankündigung des Planes, die berufstätige Tochter zur selbständigen Insulininjektion zu befähigen, und die Ankündigung des Planes, übergangsweise Wochenenddienst zu leisten, lässt problemlos auf den Anspruch schließen, der berufstätigen Tochter den Spritzdienst am Wochenende nicht nur für die Dauer von Urlaubszeiten anvertrauen zu können, sondern dauerhaft.<sup>2198</sup>
- Sie hat die Tochter nach eigener Aussage über die Belastung aufgeklärt, die dem Pflegepersonal aus der Übernahme des Wochenenddienstes erwächst. Möglicherweise ist sie von der Annahme ausgegangen: Die Aufklärung über die Belastung, die dem Pflegepersonal aus der Übernahme des Wochenenddienstes erwächst, lässt problemlos auf den Anspruch schließen, dass die Tochter die Pflege am Wochenende selber leisten soll.<sup>2199</sup>

Um der Tochter zu bedeuten, dass die Pflegekräfte gedenken, ihr die Aufgabe zu übertragen, die Pflege am Wochenende, bestehend aus Waschdienst und den Spritzdienst, sicherzustellen, hat die Pflegekraft unter Umständen auch die **indirekte**

---

<sup>2195</sup> vgl.: EPI 4: 22.

<sup>2196</sup> ebd.: 23.

<sup>2197</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2198</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2199</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.



**Kommunikation** mit der Angehörigen gewählt: die Kommunikation mit Hilfe der von ihr im Rahmen des Personalwechsels entsandten Vertretungskraft.<sup>2200</sup> Hat die Pflegekraft der berufstätigen Angehörigen zu verstehen gegeben, dass diese sich wochenends auch an der Durchführung von Maßnahmen beteiligen soll, die geeignet sind, die Blutzirkulation in dem Bein aufrechtzuerhalten, das von einer Amputation bedroht ist?<sup>2201</sup> Sie hat vermutlich unterstellt: Die Aufklärung über Möglichkeiten, das von der Amputation bedrohte Bein wochenends zu beugen und zu strecken<sup>2202</sup>, lässt problemlos auf den Anspruch schließen, dass die Angehörige wochenends jene durchblutungsfördernden Maßnahmen ergreifen soll. Möglich ist: Sie hat zwar die direkte Kommunikation mit der Angehörigen gewählt, hat jenen Anspruch aber nicht offen formuliert.

Wie soll im Falle steigender Pflegebedürftigkeit verfahren werden? Nach eigener Aussage hat die Pflegekraft mit der berufstätigen Angehörigen über die **Zukunft des etablierten Unterstützungsarrangements** kommuniziert. Sie hat der Angehörigen nach eigener Auskunft geraten, rechtzeitig mit den Vorbereitungen auf die Heimpflege beginnen, sofern sie gedenkt, im Falle steigender Pflegebedürftigkeit der Heimpflege den Vorzug vor der häuslichen Pflege zu geben<sup>2203</sup>.

In der Interaktion zwischen der Pflegekraft und der berufstätigen Angehörigen hat es vermutlich **Koordinationsprobleme** gegeben. **Erklärungsmöglichkeiten** finden sich sowohl auf Seiten der Tochter als auch auf Seiten der Pflegekraft. Möglicherweise haben die Lebensumstände der Tochter, deren Berufstätigkeit, die Koordination erschwert<sup>2204</sup>. Möglich ist: Nicht nur Gefühle der Tochter, deren Angst, Pflegeleistungen zu übernehmen<sup>2205, 2206</sup> sondern auch Gefühle der Pflegekraft haben die Koordination behindert. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage Ärger verspürt, dass die berufstätige Tochter es unterlassen hat, die Pflege am Wochenende zu übernehmen und das Pflegepersonal vom Wochenenddienst freizustellen. Anzunehmen ist: Sie hat sich geschädigt gefühlt. Jenes Gefühl der Schädigung ist mit der Vorstellung assoziiert gewesen, unnötigerweise gefordert zu sein, Mehrarbeit zu leisten. Die Pflegekraft hat sich vermutlich einer Möglichkeit zur Erholung der eigenen Person und zur Reproduktion der eigenen Arbeitskraft beraubt gesehen.<sup>2207</sup> Nicht auszuschließen ist: In jenes Gefühl von Ärger hat sich auch ein Gefühl von Neid gemischt. Denkbar ist: Die Pflegekraft hat

---

<sup>2200</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2201</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2202</sup> vgl.: EPI 4.2: 24.

<sup>2203</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>2204</sup> siehe Kapitel 4.2.1.1.; Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2205</sup> vgl.: EPI 4: 6.

<sup>2206</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2207</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

einen Vergleich angestellt. Sie hat sich mit der Angehörigen verglichen. Vergleichskriterium ist der jeweilige Handlungsspielraum zur Organisation pflegefreier Zeit gewesen. Der Vergleich ist zu ihren Ungunsten ausgefallen. Sie hat der Angehörigen jenen Freiraum missgönnt, sich am Wochenende pflegefreie Zeit zu verschaffen, die finanzielle Selbstbeteiligung an den Pflegekosten als Argument für eine Selbstbefreiung von praktischer Selbstbeteiligung an der Pflege nutzend.<sup>2208</sup> Gefühle, die nicht kommuniziert werden, können sich als zusätzliches Koordinationshindernis erweisen. Nicht nur Resolutheit, sondern auch mangelnde Resolutheit bei der Formulierung und Durchsetzung eigener Anspruchshaltungen kann ein Koordinationshemmnis darstellen. Möglich ist: Der Pflegekraft hat es an Resolutheit bei der Formulierung und Durchsetzung eigener Anspruchshaltungen gemangelt. Jener Mangel an Resolutheit hat zu einer Kommunikationspraxis geführt, die für die Angehörige uneindeutig geblieben ist.<sup>2209</sup>

#### 4.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Zu unterstellen ist: Im Rahmen des Auftrags, bedingt Pflegearbeit zu verrichten, hat die Pflegekraft auch **Fehlerarbeit** geleistet. Sie hat sich vermutlich von dem Bemühen leiten lassen, Fehler zu vermeiden. Anzunehmen ist: Sie hat in Prozessen der Bedarfsbestimmung an der **Vermeidung eigener Deutungsfehler** gearbeitet. Sie hat sich zu Zwecken der Bedarfsbestimmung nicht nur auf Angaben ausgewählter Familienmitglieder verlassen, sondern hat sich auch auf eigene Beobachtungen gestützt. Den Körper der Patientin untersuchend, hat sie „eine Schwellung“<sup>2210</sup> am rechten Bein festgestellt.<sup>2211</sup> Die sich bewegende Patientin beobachtend, hat sie versucht, das Ausmaß der Bewegungsfähigkeit zu ermitteln. Wie ist sie im Prozess der Bestimmung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen verfahren? Sie verdeutlicht: Um die Fähigkeit der Patientin einzuschätzen, sich selbständig zu waschen, hat sie ein differenziertes Beurteilungsschema gewählt, das die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit zu selbständigem Waschen unterschiedlicher Körperpartien lenkt. Sie hat vermutlich sowohl die Unterschätzung als auch die Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen zu vermeiden gesucht. Naheliegender ist die Vermutung: Sie zieht im Zweifelsfall eine Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen einer

---

<sup>2208</sup> siehe Kapitel 4.2.2.3. und Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2209</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2210</sup> EPI 4.2: 8.

<sup>2211</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Unterschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen vor.<sup>2212</sup> Anzunehmen ist: Sie hat auch an der **Vermeidung eigener Handlungsfehler** gearbeitet. Ist sie bei der Beurteilung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen unsicher gewesen, hat sie die Patientin im Prozess der Sicherstellung der Körperpflege vermutlich lieber unterfordert als überfordert, um zu vermeiden, dass die Patientin in Folge einer Überforderung stürzt. Zu unterstellen ist: Sie hat die Insulininjektionen regelmäßig verabreicht und sie hat Pflegeleistungen erbracht, um die Durchblutung des von einer Amputation bedrohten Beines zu fördern.<sup>2213</sup> Sie ist vermutlich nicht nur bemüht gewesen, eigene Handlungsfehler **in der Pflegearbeit** zu vermeiden, sondern sie ist auch bestrebt gewesen, eigene Handlungsfehler **in der Koordinationsarbeit** zu vermeiden. Mit der berufstätigen Angehörigen interagierend, ist sie vermutlich bemüht gewesen, keine Kommunikationsfehler zu begehen, die Wünsche nach formeller Pflege wecken und nähren können. Sie weiß: Wenn sie der berufstätigen Angehörigen zu verstehen gibt, dass sie deren Belastung als Belastung erhöhten Ausmaßes einschätzt, dann riskiert sie, den Wunsch nach Entlastung durch Pflegeeinsätze am Wochenende zu nähren. Sie hat vermutlich gewählt, die eigene Bewertung über den „Stress“<sup>2214</sup> der Angehörigen als Kommunikationsthema zu meiden.<sup>2215</sup> Anzunehmen ist: Sie hat den Hausarzt wiederholt zeitnah verständigt, um keinen für die Patientin folgenschweren Fehler zu begehen.<sup>2217</sup> Hat sie im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur auf Vermeidung eigener Fehler, sondern auch auf Vermeidung fremder Fehler geachtet? Sie verdeutlicht, darauf bedacht gewesen zu sein, dass informelle Pflegefehler möglichst vermieden werden.<sup>2218</sup>

Den Ausführungen der Pflegekraft lässt sich entnehmen: Sie hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur um Fehlervermeidung bemüht. Sie hat sich auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Sie hat sich gefordert gesehen, Fehler zu bearbeiten, die sie im Rahmen der Koordinationsarbeit begangen hat. Bei den Versuchen, ausgewählte Mitglieder des familialen Netzwerk zur Behandlung des Diabetes zu befähigen, hat sie Kommunikationsfehler begangen: den einen absichtlich, den anderen unabsichtlich.

- Anzunehmen ist: Sie betrachtet es im Allgemeinen zwar als falsch, bei Diabetes zu einer Ernährung nach Faustregeln zu raten, hat im Besonderen aber mit

<sup>2212</sup> siehe Kapitel 4.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2213</sup> siehe Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2214</sup> EPI 4: 50.

<sup>2215</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>2216</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2217</sup> siehe Kapitel 4.2.2. und Kapitel 4.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2218</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Absicht zu einer Ernährung nach Faustregeln geraten. Mit der berufstätigen Angehörigen interagierend, hat sie die **Kommunikation** über jenen absichtlich begangenen Kommunikationsfehler **gesucht**. Sie hat der Angehörigen erklärt: Sie begeht zwar einen Fehler, wenn sie im Falle der an Diabetes erkrankten Patientin zu einer Ernährung nach Faustregeln rät, begeht aber keinen für die Patientin folgeschweren Fehler. Sie versucht auf diese Weise vielmehr, für die Patientin folgeschwere Fehler bei der informellen Behandlung des Diabetes abzuwehren.<sup>2219</sup>

- Sie ist zu der Auffassung gelangt: Sie hat bei der Kommunikation über den Plan, die berufstätige Angehörige anzuleiten, den Spritzdienst am Wochenende zu übernehmen, einen Kommunikationsfehler begangen. Sie verdeutlicht: Sie hat den Wochenenddienst als Übergangslösung angeboten. Sie meint: Jenes Angebot hat auf Seiten der Tochter die Hoffnung auf einen Wochenenddienst als Dauerlösung genährt. Anzunehmen ist: Mit der berufstätigen Angehörigen interagierend, hat sie die **Kommunikation** über jenen unabsichtlich begangenen Kommunikationsfehler **gemieden**. Sie hat vermutlich versucht, die Fehlerfolgen zu bearbeiten, ohne der Angehörigen zu offenbaren, dass sie glaubt, einen Kommunikationsfehler begangen haben, als sie den erst mal möglichen Wochenenddienst angeboten hat<sup>2220 2221</sup>.

Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat zeitnah begonnen, den Ehemann der Patientin anzuleiten, sich einer rückenschonenden Hebetechnik zu bedienen, nachdem sie erfahren hat, dass er sich beim Heben der Patientin einen Schaden zugezogen hat. Sie ist bestrebt gewesen, nach Möglichkeit zu vermeiden, dass der Ehemann der Patientin beim Heben wiederholt Schaden erleidet. Möglicherweise hat sie, Beratung leistend, eine vorangegangene Fehleinschätzung des Beratungsbedarfs korrigiert.<sup>2222</sup> Wie hat sie auf die Erkenntnis reagiert, dass der Hausarzt, „eine Schwellung“<sup>2223</sup> am rechten Bein der Patientin deutend<sup>2224</sup> eine Verdachtsdiagnose gestellt hat, die sich als falsch erwiesen hat? Sie verdeutlicht, Schadenfreude empfunden zu haben. Anzunehmen ist: Mit dem Hausarzt interagierend, hat sie ihre Schadenfreude nicht offen zum Ausdruck gebracht. Anzunehmen ist ferner: Mit dem

---

<sup>2219</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2220</sup> vgl.: EPI 4: 3, 11.

<sup>2221</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2.; Kapitel 4.2.2.5.1. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2222</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2223</sup> EPI 4.2.: 8.

<sup>2224</sup> vgl.: ebd.: 8.

Ehemann der Patientin interagierend, hat sie es unterlassen, ihrer Schadenfreude Ausdruck zu verleihen. Sie hat es vermutlich auch unterlassen, dem Ehemann der Patientin eine den Hausarzt entlastende Deutung anzubieten, die geeignet gewesen wäre, aufkeimende Zweifel eines Laien an der fachlichen Kompetenz des Hausarztes auszuräumen.<sup>2225</sup>

#### 4.4.4. Handlungsfolgen

Den Ausführungen der Pflegekraft lässt sich entnehmen: Das private Engagement der Familie und das berufliche Engagement der Pflegekräfte hat sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege kombinieren lassen.<sup>2226</sup> Die berufstätige Angehörige hat sich zwar weiterhin an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligt, hat aber eine (weitergehende) Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen zu vermeiden gesucht. Die Pflegekräfte haben sich sowohl an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses als auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Die Angehörigen und die Pflegekräfte haben die pflegebedürftige Person im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **gemeinsam** unterstützt: sei es durch ein Engagement im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sei es durch ein Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Nach Angaben der Pflegekraft hat die Patientin, im häuslichen Kontext informelle und formelle Pflege erhaltend, eine Zustandsverbesserung erlebt. Die Pflegekraft betrachtet die Wiederherstellung relativer Selbstständigkeit bei der Körperpflege nicht als Folge informeller Pflege, sondern als Folge formeller Pflege.<sup>2227</sup> Haben sich die Angehörigen und die Pflegekräfte im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege auch **wechselseitig** unterstützt? Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Das Pflegepersonal hat einen Beitrag zur **Entlastung der Angehörigen** geleistet, der organisationsstrukturell bedingt begrenzt geblieben ist. Die Pflegekraft ist vermutlich auch der Auffassung: Die eigene Mehrbelastung wäre teilweise vermeidbar gewesen, hätte die berufstätige Angehörige es wochenends nicht an Unterstützung fehlen lassen. Die berufstätige Angehörige hätte aus Sicht der Pflegekraft vermutlich stärker zur **Entlastung des Pflegepersonals** beitragen können und sollen.<sup>2228</sup> Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage den übergangsweise möglichen Wochenenddienst angekündigt, um die berufstätige Angehörige zur Übernahme der Insulininjektionen

---

<sup>2225</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2226</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2227</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2228</sup> siehe Kapitel 4.2.1.2. und Kapitel 4.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

anzuleiten. Die Pflegekraft ist der Ansicht: Die Ankündigung des übergangsweise möglichen Wochenenddienstes hat auf Seiten der berufstätigen Angehörigen die Hoffnung auf einen dauerhaft möglichen Wochenenddienst genährt. Nach Auffassung der Pflegekraft hat die Ankündigung des übergangsweise möglichen Wochenenddienstes nicht zu der gewünschten Stärkung informeller Pflege am Wochenende geführt, sondern hat im Gegenteil eine Schwächung informeller Pflege am Wochenende zur Folge gehabt. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft ist der Ansicht, in Anbetracht der strukturell bedingt begrenzten Möglichkeiten des Pflegepersonals, Pflegeleistungen zu übernehmen, schwinden die Chancen, die Pflege im Pflegefall im häuslichen Kontext sicherstellen zu können, wenn im Pflegefall keine informelle Pflege geleistet wird.<sup>2229</sup>

## **5. Die fünfte Episode: Eine Tochter, die nach Ansicht der Pflegefachkraft „ein Vereinsmensch“ ist und es bei der Behandlung ihrer Mutter an „Liebe“ fehlen lässt**

### **5.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes**

Die Krankenschwester berichtet<sup>2230</sup>: Die Seniorin (83 Jahre) sei verwitwet und habe eine Tochter, die als Einzelkind aufgewachsen sei<sup>2231</sup>. Die Tochter sei gleichfalls verwitwet, habe drei erwachsene Kinder und eine hochbetagte Schwiegermutter<sup>2232</sup>. Jene Familienmitglieder wohnen an demselben Ort. Die Tochter lebe in einem eigenen Haus, das sie zusammen mit ihrer Mutter bewohne. Ihre Kinder wohnen außerhalb des Elternhauses im Haus der „anderen Oma“<sup>2233 2234</sup>.

---

<sup>2229</sup> siehe Kapitel 4.2.2.5.1 und Kapitel 4.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2230</sup> Bei der fünften Episode handelt es sich um die Episode mit der Kennziffer 126. Der männliche Feldforscher hat zur fünften Episode mehrere Episodeninterviews durchgeführt. Er hat jeweils die Krankenschwester befragt. Das Eingangsgespräch (4.7.1988) hat achtzig Minuten gedauert, das zweite Gespräch (14.7.1988) sechsundachtzig Minuten und das Abschlussgespräch (17.1.1999) fünfundzwanzig Minuten. Das Abschlussgespräch für die fünfte Episode ist aus Praktikabilitätsgründen mit den Abschlussgesprächen für vier weitere Episoden auf einen Termin gelegt worden. Jenes abschließend anberaumte Gespräch dauerte für alle fünf Episoden zusammen neunzig Minuten. Die fünfte Episode wurde an dritter Stelle besprochen (vierundzwanzig Minuten). Die Abkürzungen für die Episodeninterviews zur fünften Episode lauten: EPI 5 für das Eingangsgespräch und EPI 5.2 für das Zweitgespräch und EPI 5.3 für das Abschlussgespräch. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die fünfte Episode zu kennzeichnen, wird auf ein Urteil zurückgegriffen, das die Krankenschwester über eine Bedingung auf Seiten des familialen Netzwerkes formuliert hat: Die Tochter ist „ein Vereinsmensch“ (EPI 5: 2) und behandelt ihre Mutter „nicht so mit Liebe“ (EPI 5.2: 11).

<sup>2231</sup> vgl.: EPI 5.3: 18.

<sup>2232</sup> vgl.: EPI 5: 37.

<sup>2233</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>2234</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiäre Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation.

## 5.2. Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 5.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 5.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Die Krankenschwester unterscheidet zwischen einer Vorgeschichte im weiteren Sinne und einer Vorgeschichte im engeren Sinne. Wie stellt sich, aus der Perspektive der Krankenschwester betrachtet, die **Vorgeschichte im weiteren Sinne** dar? Sie berichtet: Die Tochter habe über Jahre ihren kranken Ehemann gepflegt. Nach dessen Tod sei sie gefordert gewesen, ihr Leben selber zu meistern und sich mit einer Mutter zu arrangieren, die versucht habe, über ihre Lebensweise zu bestimmen. Die Tochter habe die Erziehung der Kinder gewährleistet, die noch klein gewesen seien, und sie habe den eigenen Haushalt geführt<sup>2235</sup>. Sie habe sowohl für die im Haushalt lebende Mutter<sup>2236</sup>, als auch für die außerhalb des Haushalts lebende Schwiegermutter Hausarbeiten übernommen<sup>2237</sup>. Des Weiteren habe sie ihrer Mutter beim Baden geholfen: Sie sei nicht beim eigentlichen Akt der Körperpflege behilflich gewesen, sondern habe bei den der Körperpflege vor- und nachgelagerten Akten Hilfestellung geleistet<sup>2238</sup>.

Nach Aussage der Krankenschwester hat es in der erzählten Zeit zwei Episoden eines, rückblickend betrachtet, jeweils zeitlich befristeten Engagements des ambulanten Pflegedienstes gegeben. Auf eine Episode häuslicher Pflege verweisend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe die Seniorin **beim ersten Engagement** auf Bitten der Tochter für die Dauer von drei Wochen gebadet. Seinerzeit sei die Hand der Tochter gebrochen gewesen. Auf eine Episode sozialer Betreuung hinweisend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe **beim zweiten Engagement** auf Bitten des Enkels dreimal den Fahrdienst zum Altenclub übernommen. Seinerzeit habe die Seniorin sich schlechter fortbewegen können<sup>2239</sup>. Die Krankenschwester erklärt zum einen: Sie sei sich im Verlaufe jenes ersten Engagements bewusst geworden, dass die Tochter einerseits die **Verpflichtung** habe, sich um die Mutter zu kümmern, und andererseits die **Neigung**

---

<sup>2235</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>2236</sup> vgl.: ebd.: 25, 34.

<sup>2237</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2238</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>2239</sup> vgl.: ebd.: 1.

habe, sich im Landfrauenverein zu engagieren. Die Tochter sei „ein Vereinsmensch“<sup>2240</sup>. Jene Verpflichtung, sich um die Mutter zu kümmern, habe ihre Möglichkeiten beschnitten, jener Neigung zum Engagement im Landfrauenverein zu folgen. Die Krankenschwester erklärt zum anderen: Sie habe im Verlaufe jenes ersten Engagements den Eindruck gewonnen, dass die Tochter, jene Einschränkung erlebend, ein Gefühl von Belastung entwickelt habe<sup>2241</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat jenes Engagement im Landfrauenverein nicht nur als Ausdruck einer ehrenamtlichen Tätigkeit, sondern auch als Ausdruck einer Freizeitbeschäftigung betrachtet. Büßt die Tochter Möglichkeiten ein, sich im Landfrauenverein zu engagieren, büßt sie Möglichkeiten ein, Bedürfnisse nach Erholung und Selbstverwirklichung zu befriedigen<sup>2242</sup>.

Die **Vorgeschichte im engeren Sinne** hat nach Auskunft der Krankenschwester mit einem **Sturz** der Seniorin begonnen. Die Krankenschwester vermutet: Die Tochter ist außer Haus gewesen, als deren Mutter gestürzt ist. Die Vermutung der Krankenschwester lautet: Die Tochter ist entweder mit den Landfrauen unterwegs oder im Garten gewesen, als sich jener Unfall ereignet hat<sup>2243</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Der am Ort wohnende Enkel habe die Seniorin gefunden, als er das Elternhaus betreten habe. Der durch den Enkel verständigte Hausarzt habe die Seniorin in ein **Allgemeinkrankenhaus** eingewiesen<sup>2244</sup>. Der Schenkelhalsbruch, den sie infolge des Sturzes erlitten habe, sei genagelt worden<sup>2245</sup>. Als die Entlassung aus dem Allgemeinkrankenhaus nahte, habe die Tochter, unterstützt durch den Enkel<sup>2246</sup>, gebeten, ihre Mutter zwecks Rehabilitation in ein Fachkrankenhaus zu überweisen, anstatt sie in die Häuslichkeit zu entlassen. Die Krankenschwester vermutet erstens: Die Tochter hat erklärt, die Verfassung ihrer Mutter wäre im häuslichen Kontext besser gewesen<sup>2247</sup>. Die Krankenschwester äußert zweitens die Vermutung: Die Tochter hat sich gegen eine Entlassung in die Häuslichkeit ausgesprochen, da sie die Befürchtung gehabt hat, sie wäre mit der Sicherstellung der häuslichen Pflege überfordert, würde ihre Mutter in jenem Zustand nach Hause entlassen werden<sup>2248</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Die Bitte der Tochter sei erfüllt worden. Die stationäre Rehabilitation sei **mit** medizinischer Indikation eingeleitet worden<sup>2249</sup>. Als die Entlassung aus dem

---

<sup>2240</sup> ebd.: 2.

<sup>2241</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>2242</sup> vgl.: ebd.: 2, 50f.

<sup>2243</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2244</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>2245</sup> vgl.: EPI 5.3: 12.

<sup>2246</sup> vgl.: EPI 4: 1, 40.

<sup>2247</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>2248</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>2249</sup> vgl.: ebd.: 9, 45.



Fachkrankenhaus nahte, habe die Tochter, wiederum unterstützt durch den Enkel, gebeten, die Entlassung zu verschieben, da sie geplant gehabt habe, an einer seitens des Landfrauenvereins veranstalteten Busreise teilzunehmen. Die Entlassung sei verschoben worden, da die Tochter erklärt habe, sie sei außer Haus und es stehe keine Ersatzperson zur Verfügung, die die häusliche Versorgung für die Dauer ihrer Abwesenheit sicherstellen könne<sup>2250</sup>. Die Bitte der Tochter sei erfüllt worden: Die Entlassung der Seniorin sei **ohne** medizinische Indikation aufgeschoben worden. Teilnahme und Verzicht auf eine Teilnahme an der geplanten Busreise sind denkbare Möglichkeiten gewesen. Die Tochter hat nach Aussage der Krankenschwester die Möglichkeit gewählt, an der geplanten Busreise teilzunehmen<sup>2251</sup>.

Nach Auskunft der Krankenschwester haben die Angehörigen sich in der Zeit vor der Entlassung entschieden, den ambulanten Pflegedienst um formelle Unterstützung zu bitten. Den innerfamiliären Entscheidungsfindungsprozess rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Tochter habe die Idee gehabt, den ambulanten Pflegedienst zu engagieren<sup>2252</sup>, und der Familienverband habe mit der Seniorin kommuniziert. Die Tochter habe den Erzählungen ihrer Mutter immer entnommen, dass das Krankenhauspflegepersonal sie wasche. Sie habe nicht erlebt, wie ihre Mutter sich gewaschen habe und habe Panik entwickelt. Sie habe befürchtet, dass ihre Mutter pflegebedürftig sei und sie deren Pflege übernehmen muss. Die Krankenschwester vermutet: Die Tochter hat den auf Seiten ihrer Mutter bestehenden Unterstützungsbedarf überschätzt<sup>2253</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Die Patientin sei nicht als Pflegefall, sondern in einem verbesserten Zustand nach Hause entlassen worden<sup>2254</sup>. Den Prozess der Verständigung des ambulanten Pflegedienstes rekonstruierend, betont die Krankenschwester: Im Regelfall verständige der Krankenhaussozialdienst die Gemeindeverwaltung über jene Patienten, bei denen unterstellt werde, dass sie nach ihrer Entlassung in die Häuslichkeit der formellen Pflege bedürfen<sup>2255</sup>. Die Gemeindeverwaltung verständige ihrerseits den ambulanten Pflegedienst. Im Einzelfall aber seien die Angehörigen selber aktiv geworden, um den Kontakt herzustellen und die **Bitte um formelle Unterstützung** zu artikulieren. Die Krankenschwester erzählt: Der Enkel habe ihr erklärt<sup>2256</sup>, seine Großmutter wäre pflegebedürftig<sup>2257</sup>, würde nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Hilfe brauchen<sup>2258</sup>, die Pflegekräfte müssten

---

<sup>2250</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>2251</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>2252</sup> vgl.: EPI 5.2: 40.

<sup>2253</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>2254</sup> vgl.: EPI 5: 11.

<sup>2255</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>2256</sup> vgl.: ebd.: 3, 39.

<sup>2257</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>2258</sup> vgl.: ebd.: 3.

helfen<sup>2259</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe sich bereits in jener Situation der Kontaktaufnahme zur Fallübernahme entschieden und habe dem Enkel ihre Entscheidung mitgeteilt<sup>2260</sup>. Der Enkel habe sie über den ursprünglich geplanten<sup>2261</sup> sowie über den korrigierten Entlassungstermin informiert<sup>2262</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Sie sei seitens der Gemeindeverwaltung verständigt worden, dass die **Tochter** die geplante Entlassung „angemeldet“<sup>2263</sup> und ein Formular eingereicht habe, das im Rahmen der Verordnung häuslicher Krankenpflege eingesetzt werde<sup>2264</sup>. Die Krankenschwester erläutert: Im Normalfall stelle der Hausarzt die Verordnung für häusliche Krankenpflege aus<sup>2265</sup> und im Regelfall bleibe die „Rückseite des Formulars ohne Vermerk“<sup>2266</sup>. Im Einzelfall sei allerdings ein von jenem Normalfall abweichendes Verfahren gewählt worden. Die Krankenschwester schildert: Sie sei beim Anblick jenes Formulars, das mit dem Stempel der Klinik und mit den Unterschriften von Sozialarbeiterin und Tochter versehen gewesen sei<sup>2267</sup>, irritiert gewesen. Die Sozialarbeiterin habe jene Verordnung ausgefertigt. „Durch einen dummen Zufall“<sup>2268</sup> habe sie schließlich die Anmerkung auf der Rückseite des eingereichten Formulars entdeckt: „Tochter ist nicht in der Lage, Grundpflege an der Mutter auszuüben“<sup>2269</sup>. Die Krankenschwester betont: Es sei die Tochter selber gewesen, die sich jenes Formular besorgt habe. Es sei auch die Tochter selber gewesen, die hingeschrieben habe, sie könne die Grundpflege der Mutter nicht übernehmen, **und** die eigens eine Begründung formuliert habe. Die Krankenschwester vermutet: Sie habe in jener Begründung auf eine körperliche Überforderung verwiesen<sup>2270</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben **in der erzählten Zeit** erfahren, dass die Tochter sich als unfähig definiert hat, die häusliche Pflege zu übernehmen, und dass sie eine vom Regelfall abweichende Maßnahme ergriffen hat, um Unterstützung zu organisieren. Hat die Krankenschwester in der erzählten Zeit Worte der Billigung oder Worte der Missbilligung für jene seitens der Tochter betriebene Organisation von Unterstützung gefunden? Die Krankenschwester äußert sich nicht. Die Krankenschwester stellt **in der Erzählzeit** fest: Die Tochter scheue nicht, die sich ihr bietenden „Mittel und Wege“<sup>2271</sup> zu nutzen, um sich Unterstützung zu verschaffen. Die Krankenschwester lässt jene Feststellung unkommentiert: Sie lässt

---

<sup>2259</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>2260</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>2261</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>2262</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>2263</sup> ebd.: 3.

<sup>2264</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>2265</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>2266</sup> ebd.: 8.

<sup>2267</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>2268</sup> ebd.: 3.

<sup>2269</sup> ebd.: 3.

<sup>2270</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>2271</sup> ebd.: 45.

weder Worte der Billigung, noch Worte der Missbilligung für die Fähigkeit und Bereitschaft einer Angehörigen folgen, sich Unterstützung zu verschaffen<sup>2272</sup>.

#### 5.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuches

Die Krankenschwester berichtet: Zur Fallübernahme entschieden, habe sie den **Erstbesuch** am Nachmittag des Entlassungstages durchgeführt. Mutter und Tochter seien anwesend gewesen<sup>2273</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat Gelegenheit gehabt, Eindrücke über den Zustand beider Familienmitglieder und Eindrücke über den Zustand jener Familienbeziehung zu vertiefen. Wie hat die Krankenschwester den **geistigen Zustand** der Seniorin beurteilt? Die Krankenschwester erklärt: Sie hatte vermutet, dass der geistige Zustand der Patientin stärker beeinträchtigt gewesen wäre, da der Enkel erklärt hatte, dass seine Großmutter während der stationären Rehabilitation geistig gefördert würde. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe sich in jener Vermutung jedoch nicht bestätigt gesehen. Sie sei wider Erwarten einer Seniorin begegnet, die von ihrem Geburtstag, den Gratulanten und den Gratulationen berichtet habe. Über jene Diskrepanz zwischen der Erzählung des Enkels und der eigenen Wahrnehmung reflektierend, erklärt die Krankenschwester: „Ich meine, vom Erzählen kann man sich kein großartiges Bild machen, man muß [sic.] die Leute immer erst selber sehen“<sup>2274</sup>. Sie ist der Auffassung, dass Berichte und Erzählungen von Laien kein Ersatz für den geschulten Blick einer Pflegefachkraft sind, sondern dass es jenes geschulten Blickes bedarf, um Fehleinschätzungen bei der Beurteilung der (geistigen) Verfassung einer zu pflegenden Person zu vermeiden.

Wie hat die Krankenschwester den **körperlichen Zustand** der Seniorin beurteilt? Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage eine Person angetroffen, die gefordert gewesen ist, sich mit einem „Gehgestell“<sup>2275</sup> fortzubewegen, und deren körperliche Beweglichkeit halbwegs wiederhergestellt gewesen ist<sup>2276</sup>. Die Aufmerksamkeit auf den **Prozess der Kommunikation mit der Seniorin** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Die Seniorin habe unvermittelt angefangen, zu weinen. Sie habe weinend erklärt: „Aber ich kann eben nicht mehr so körperlich“<sup>2277</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben erwidert: „Moment einmal, das bekommen wir auch schon wieder in den Griff.

---

<sup>2272</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>2273</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>2274</sup> ebd.: 43.

<sup>2275</sup> EPI 5.2: 28.

<sup>2276</sup> vgl.: EPI 5: 47.

<sup>2277</sup> ebd.: 43.

Das muss alles langsam gehen<sup>2278</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Seniorin hat den Eindruck vermittelt, dass es ihr an der körperlichen Fähigkeit zu selbständiger Alltagsbewältigung im Allgemeinen und selbständiger Körperpflege im Besonderen fehlt, und dass sie unter schwindender Selbständigkeit leidet. Die Krankenschwester hat erstens zum Ausdruck gebracht, dass sie im Perspektivenvergleich nicht nur eine Gemeinsamkeit, sondern auch einen Unterschied konstatiert. Sie hat die Seniorin wissen lassen, dass sie in Bezug auf den Status Quo zwar eine negative Diagnose, in Bezug auf dessen künftige Entwicklung aber eine positive Prognose unterhält. Sie hat zweitens zum Ausdruck gebracht, dass es zwar realistisch ist, an einer Verbesserung des Status Quo zu arbeiten, dass es aber unrealistisch ist, unter Zeitdruck an dessen Verbesserung arbeiten zu wollen<sup>2279</sup>. Die Aufmerksamkeit auf den **Prozess der Kommunikation mit der Tochter** richtend, erzählt die Krankenschwester, der Tochter erklärt zu haben: „Ihre Mutter ist kein Pflegefall. Sie ist eine Patientin, die wieder auf die eigenen Beine kommen möchte und die sich auch soweit selber dann behelfen kann. Das dauert nur alles seine Zeit, aber das wird wieder kommen“<sup>2280</sup>. Der Erzählung der Krankenschwester kann entnommen werden: Sie hat nicht nur der Seniorin, sondern auch der Tochter mitgeteilt, dass sie sich veranlasst sieht, eine positive Prognose zu formulieren. Sie hat die Tochter wissen lassen, dass sie der Auffassung ist, dass die Patientin als Person einzuschätzen ist, die gewillt ist, wieder selbständig zu werden, dass die Wiedererlangung relativer Selbständigkeit zwar als vorhersehbares Prozessergebnis zu betrachten ist, dass die Zeit bis zur Wiedererlangung relativer Selbständigkeit jedoch als unvorhersehbare Prozessgröße zu begreifen ist. Die Krankenschwester berichtet nicht, wahrgenommen zu haben, dass die Tochter jener Auffassung widersprochen hat<sup>2281</sup>.

Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat sich bereits im Rahmen des Erstbesuches das **Ziel** gesetzt, die Selbständigkeit der Seniorin bei der Alltagsbewältigung nach Möglichkeit soweit wiederherzustellen, dass sie sich mit ihrem Gehgestell in der Wohnung fortbewegen kann „und das alles“<sup>2282</sup>. Zu vermuten ist ferner: Sie hat es der Tochter überlassen, von Äußerungen über Möglichkeiten und Grenzen, relative Selbständigkeit wiederzuerlangen, auf das Ziel zu schließen, relative Selbständigkeit wiederherzustellen. Welche Vereinbarungen sind im Rahmen des Erstbesuches in Bezug auf die **Aufgaben** und deren **Verteilung** geschlossen worden? Die Tochter hat möglicherweise bereits im Rahmen jenes Erstbesuches die Auffassung vertreten: „Sie

---

<sup>2278</sup> ebd.: 43.

<sup>2279</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>2280</sup> ebd.: 46.

<sup>2281</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2282</sup> EPI 5.2: 29.

kann die Pflege nicht übernehmen"<sup>2283</sup>. Möglicherweise ist auch die Krankenschwester bereits im Rahmen jenes Erstbesuches zu der Auffassung gelangt: „Sie hat einfach nicht diese Beziehung zu ihrer Mutter und dann bringt sie es auch gar nicht fertig, die Grundpflege auszuführen“<sup>2284</sup>. Die Krankenschwester hat sich nach eigenen Angaben gefordert gesehen, eine Entscheidung über die Anzahl der **Einsatztage pro Woche** zu fällen. Sie hat nach eigener Aussage entschieden, **keinen Wochenenddienst** zu leisten. Wie lässt sich jener Entscheidungsprozess, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat im Verlaufe des Erstbesuches über **Wünsche** und **Bedürfnisse** beider Familienmitglieder reflektiert. Sie hat vermutlich angenommen: Auf Seiten der Tochter besteht ein Wunsch nach formeller Pflege am Wochenende. Jener Wunsch nach formeller Pflege am Wochenende verdankt sich einem auf Seiten der Tochter bestehenden Bedürfnis nach Erholung und Selbstverwirklichung. Sie hat ferner vermutlich angenommen: Auf Seiten der Seniorin besteht ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene. Jenes Bedürfnis nach körperlicher Hygiene lässt sich wochenends durch eine auf ausgewählte Körperteile beschränkt bleibende Körperpflege befriedigen<sup>2285</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Der Prozess der **Bedarfsbestimmung** ist ein mehrstufiger Deutungsprozess. Die Krankenschwester ist gefordert, zu beurteilen: Besteht Hilfsbedarf? Lässt sich der Bedarf an Hilfe durch informelle Hilfe decken? Besteht Bedarf an formeller Hilfe? Die Krankenschwester hat den Akt der Körperpflege von Akten der Vor- und Nachbereitung unterschieden. Sie hat zwischen einer sich auf den gesamten Körper erstreckenden und einer auf ausgewählte Körperteile begrenzt bleibenden Körperpflege unterschieden. Den Prozess der **Bedarfsbearbeitung** antizipierend, hat sie zwischen Typen denkbarer Hilfskräfte unterschieden.<sup>2286</sup>
- Die Krankenschwester ist nach eigener Aussage der Ansicht gewesen: Im Einzelfall lässt sich die Körperpflege wochenends auf ausgewählte Körperteile im Sinne einer „Katzenwäsche“<sup>2287</sup> beschränken. Bedarf an Hilfe besteht nicht beim Akt der Katzenwäsche, sondern beim Akt der Wasserversorgung. Die

---

<sup>2283</sup> EPI 5.3: 19.

<sup>2284</sup> EPI 5: 31.

<sup>2285</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2286</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2287</sup> ebd.: 46.

Waschschüssel ist stellvertretend für die Seniorin ans Bett zu transportieren. Jener Bedarf an Hilfe bei der Wasserversorgung lässt sich wochenends durch die Angehörige decken. Keiner ist wochenends gefordert, Hilfe beim Waschen zu leisten: weder die Angehörige, noch das Pflegepersonal<sup>2288</sup>.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat den **Anspruch gehegt**, dass die Angehörige wochenends vorrangig vor den Pflegekräften die Wasserversorgung übernimmt. Sie hat, mit der Angehörigen kommunizierend, jenen **Anspruch erhoben**. Sie hat, jenen Anspruch erhebend, eine Formulierung gewählt, die darauf hat schließen lassen, dass sie eine Hilfestellung fordert, die sie in ihrer Begrenztheit für zumutbar hält. Aufklärung über die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende leistend, hat sie jenen **Anspruch erläutert**. Sie hat nach eigenen Angaben verdeutlicht, bedingt verpflichtet zu sein, Bedarf an Pflege zu bearbeiten<sup>2289</sup>.

Wie stellt sich jener das Verfahren am Wochenende betreffende Entscheidungsprozess, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt: Die Tochter habe die Frage nach der Pflege **am Wochenende** gestellt. Die Krankenschwester erklärt: Sie vermute, die Tochter habe mit jener Frage nach dem Dienst am Wochenende eine Absicht verfolgt. Die Unterstellung der Krankenschwester lautet: Die Tochter ist bestrebt gewesen, die Pflegekräfte am Wochenende arbeiten zu lassen, damit sie ihre Mutter nicht gänzlich unbeaufsichtigt weiß, wenn sie wochenends außer Haus ist, um Bedürfnisse nach Erholung und Selbstverwirklichung zu befriedigen. Die Krankenschwester findet in der Erzählzeit kein Wort des Verständnisses für jenes der Tochter unterstellte Bestreben. Die Krankenschwester schildert: Sie habe die Übernahme des Wochenenddienstes abgelehnt. Die Ablehnung erläuternd, habe sie die Tochter über die Regel für den Personaleinsatz am Wochenende aufgeklärt. Sie habe der Tochter erklärt, dass deren Mutter keine Hautdefekte und keine körperlichen Gebrechen habe, dass deren Mutter kein Notfall und kein Pflegefall sei, bei dem es unbedingt notwendig sei, Wochenenddienst zu leisten und dass nur in einer Situation, in welcher deren Mutter schwer bettlägerig sei, Wochenenddienst geleistet werde, weil wochenends eine Pflegekraft alleine Einsatzbereitschaft habe und nur die Notfälle bediene<sup>2290</sup>. Sie habe die Tochter wissen lassen: Wochenends „wird es nicht so gründlich gemacht. Dann

---

<sup>2288</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2289</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2290</sup> vgl.: ebd.: 46.

stellen Sie ihr die Waschschüssel ans Bett, machen einen kleinen Tisch davor und dann kann sie Katzenwäsche machen. Meinen Sie denn, dass sie sich früher jeden Tag von Kopf bis Fuß gewaschen hat?“<sup>2291</sup> Die Krankenschwester betont: Es sei ihr erster Eindruck gewesen, dass die Tochter die Ablehnung des Wochenenddienstes nicht gutgeheißen habe. Die Tochter habe die Begründung für die Ablehnung aber auch eingesehen und ihre Einwilligung ausgesprochen. Hat die Tochter auch eingewilligt, der Aufforderung der Krankenschwester gemäß am Wochenende Hilfe zu leisten? Die Krankenschwester äußert sich nicht<sup>2292</sup>.

Wie sollte nach Ansicht der Krankenschwester **an den verbleibenden Wochentagen**, d.h. von montags bis freitags, verfahren werden? Die verbleibenden Wochentage sind mit den regulären Arbeitstagen des Pflegepersonals identisch. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage entschieden, an den verbleibenden Wochentagen täglich Pflegeeinsätze mit einfacher Besetzung, d.h. mit einem Belegschaftsmitglied, durchzuführen. Nach eigenen Angaben hat sie jenes formelle Pflegeprogramm jedoch nicht als Dauerlösung, sondern als eine auf die ersten paar Tage beschränkte Übergangslösung betrachtet<sup>2293</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, es unter den gegebenen Umständen unterlassen zu haben, die Tochter zu verpflichten, als familiäre Pflegeperson fungierend, Pflegeleistungen zu übernehmen, d.h. Hilfe beim Waschen zu leisten. Wie lässt sich jener Entscheidungsprozess, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester erklärt, die „Katzenwäsche“<sup>2294</sup> als Lösung für das Wochenende gewählt<sup>2295</sup>, als Lösung für die verbleibenden Wochentage aber verworfen zu haben<sup>2296</sup>. Anzunehmen ist: Sie hat es als Selbstverständlichkeit betrachtet, dass die Körperpflege an den verbleibenden Wochentagen nicht auf ausgewählte Körperteile beschränkt bleibt, sondern auf den gesamten Körper ausgedehnt wird. Anzunehmen ist ferner: Sie hat der Seniorin den **Wunsch** nach formeller Pflege im Rahmen jener Ganzkörperpflege unterstellt.
- Die Krankenschwester rekonstruiert den Prozess der **Bedarfsbestimmung** als mehrstufigen Deutungsprozess. Besteht Hilfsbedarf im Rahmen der Ganzkörperpflege? Lässt sich ein im Rahmen der Ganzkörperpflege bestehender

---

<sup>2291</sup> ebd.: 46.

<sup>2292</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2293</sup> vgl.: ebd.: 47.

<sup>2294</sup> ebd.: 46.

<sup>2295</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2296</sup> vgl.: ebd.: 48.

Hilfsbedarf durch informelle Hilfe decken? Bedarf es formeller Hilfe? Die Krankenschwester verdeutlicht: Sie hat erstens zwischen Körperteilen unterschieden, zwischen Oberkörper und Unterkörper, zwischen Körpervorderseite und Körperrückseite. Den Prozess der **Bedarfsbearbeitung** antizipierend, hat sie zweitens zwischen Typen denkbarer Hilfskräfte unterschieden<sup>2297</sup>.

- Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben angenommen: Im Rahmen der Ganzkörperpflege besteht vorübergehend Bedarf an Hilfe beim Waschen. Der Seniorin steht im Rahmen der Ganzkörperpflege keine informelle Hilfskraft zur Verfügung. Sie bedarf übergangsweise der formellen Hilfe beim Waschen. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage entschieden: Die Pflegekräfte leisten an den verbleibenden Wochentagen einstweilen **alleine** Pflege, **ohne** die Angehörige zu verpflichten, Pflegeleistungen zu übernehmen, d.h. Hilfe beim Waschen zu leisten<sup>2298</sup>.
- Aus Sicht der Krankenschwester hat einstweilen keine familiäre Pflegepflicht bestanden. Die Krankenschwester berichtet nicht, die Tochter aufgefordert zu haben, unter den gegebenen Umständen Pflege zu leisten. Die Krankenschwester berichtet, den **Anspruch erhoben** zu haben, dass die Tochter in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen des Personals eine ausgewählte, im Rahmen der Haushaltsführung anfallende Aufgabe erledigt: die Zubereitung des Frühstücks<sup>2299</sup>.

Wie stellt sich jener das Verfahren an den verbleibenden Wochentagen betreffende Entscheidungsprozess, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt erstens: Es sei vereinbart worden, jeweils eine Pflegekraft werde jeden Tag, außer am Wochenende, Pflege leisten<sup>2300</sup>. In der Erzählzeit jene in der erzählten Zeit getroffene Entscheidung für Pflegeeinsätze mit einfacher Besetzung und wider Pflegeeinsätze mit doppelter Besetzung erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Es sei nicht erforderlich, mehr als eine Hilfskraft einzusetzen. Die Krankenschwester erzählt zweitens: Es sei verabredet worden, jenes jeden Tag umfassende Pflegeprogramm werde nicht als Dauerlösung, sondern als eine auf die ersten paar Tage beschränkte Übergangslösung eingerichtet. In der Erzählzeit

---

<sup>2297</sup> vgl.: ebd.: 47f.

<sup>2298</sup> vgl.: ebd.: 47f.

<sup>2299</sup> vgl.: ebd.: 49.

<sup>2300</sup> vgl.: ebd.: 47f.



jene in der erzählten Zeit gefällte Entscheidung für ein übergangsweise jeden Tag zu absolvierendes formelles Pflegeprogramm erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Es sei erforderlich gewesen. Die Seniorin sei alleine zu Hause gewesen und sie selber wusste nicht um das Ausmaß an Selbständigkeit auf Seiten der Seniorin. Die Krankenschwester erzählt drittens: Sie habe der Tochter gesagt, „die Pflegekräfte helfen ihr aus dem Bett, waschen sie, ziehen sie auch an, begleiten sie zum Küchentisch“<sup>2301</sup>, setzen sie auf den Stuhl und stellen das seitens der Tochter vorbereitete Frühstück auf den Tisch. Die Tochter habe geantwortet: „Ja, und in der Zeit bin ich dann wieder zu Hause“<sup>2302</sup>. Die Angehörige hat die Ankündigung, in der Zeit werde sie wieder zu Hause sein, möglicherweise unbestimmt gelassen<sup>2303</sup>. Wie hat die Krankenschwester auf jene Ankündigung reagiert? Hat sie im Rahmen des Erstbesuches die Forderung erhoben, dass die Angehörige als „**Ansprechpartner**“<sup>2304</sup> fungiert? Hat sie die Angehörige im Rahmen des Erstbesuches aufgeklärt, dass für sie in Zeiten der Einsätze **Anwesenheitspflicht im Hause** besteht? Die Krankenschwester berichtet nicht, sich veranlasst gesehen zu haben, sich um Klärung zu bemühen. Die Vermutung liegt nahe, dass die Krankenschwester den Anspruch, dass die Angehörige als Ansprechpartner fungiert und in Zeiten der Einsätze im Hause anwesend ist, während des Erstbesuches gehegt, aber nicht angemeldet hat. Sie hat vermutlich unterstellt, die Angehörige in Zeiten der Einsätze im Hause ansprechen zu können<sup>2305</sup>.

## 5.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

### 5.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext

Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hegt **im Allgemeinen** den Anspruch, dass Angehörige im Bedarfsfall als Ansprechpartner fungieren<sup>2306</sup>. Zu vermuten ist ferner: Die Krankenschwester unterscheidet zwischen Angehörigen, die sie in Zeiten der Pflegeeinsätze zur Anwesenheit im Hause verpflichtet wissen will, und Angehörigen, die sie von jener Anwesenheitspflicht im Hause entbindet (Berufstätigkeit von Angehörigen). Verlangt die Krankenschwester, dass Angehörige bei Anwesenheitspflicht zu jeder Zeit

<sup>2301</sup> ebd.: 48.

<sup>2302</sup> ebd.: 49.

<sup>2303</sup> vgl.: ebd.: 49.

<sup>2304</sup> EPI 5.2: 37; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2305</sup> vgl.: EPI 5: 28, 30.

<sup>2306</sup> vgl.: EPI 5.2: 37.

des Einsatzes (Maximalforderung) oder zu ausgewählten Zeiten eines Einsatzes (Minimalforderung) im Hause anwesend sind? Die Krankenschwester legt sich nicht fest<sup>2307</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Wenn ein Angehöriger sich in Zeiten der Pflegeeinsätze im Hause aufhalte, dann steigere dessen Anwesenheit die Chancen, sich unverzüglich mit ihm über Probleme und Problemlösungen verständigen zu können<sup>2308</sup>. Wenn ein Angehöriger sich in Zeiten der Pflegeeinsätze hingegen außer Haus aufhalte, dann erhöhe dessen Abwesenheit die Gefahr, dass Familie und Pflegepersonal unkoordiniert auf „zwei Gleisen“<sup>2309</sup> handeln.

Die Krankenschwester verdeutlicht, **im Einzelfall** den Anspruch gehegt zu haben, dass die Angehörige als Ansprechpartner fungiert und in Zeiten der Pflegeeinsätze im Hause anwesend ist<sup>2310</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, jenen Anspruch **in der Anfangszeit** wiederholt verletzt gesehen zu haben. Die Krankenschwester schildert: Es habe sie am ersten Arbeitstag irritiert, die Tochter zu Beginn des Pflegeeinsatzes nicht angetroffen zu haben<sup>2311</sup>. Die Patientin habe sich in der Anfangszeit von den Pflegekräften „von vorne bis hinten betreuen lassen“<sup>2312</sup>. Die Tochter habe sich indessen zu Zeiten der Pflegeeinsätze niemals im Hause aufgehalten. Sie sei den Pflegekräften in der Anfangszeit folglich kein Ansprechpartner gewesen. Die Krankenschwester erklärt: Die Tochter habe die Zeit, in der das Pflegepersonal ihre Mutter versorgt habe, genutzt, um ihrerseits die Schwiegermutter zu versorgen. Sie habe der Schwiegermutter in der Zeit stets den Haushalt gemacht und das Frühstück zubereitet<sup>2313</sup>.

Hat die Krankenschwester **im Verlaufe der Zeit** versucht, den eigenen Anspruch zu verdeutlichen, dass die Tochter sich in Zeiten der Einsätze im Hause aufhält? Hat sie die Maximalforderung gestellt (Anwesenheitspflicht zu jeder Zeit eines Einsatzes) oder hat sie eine Minimalforderung erhoben (Anwesenheitspflicht zu ausgewählten Zeiten eines Einsatzes)? Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage im Verlaufe der Zeit den Versuch unternommen, die Tochter zu beeinflussen, sich in Zeiten der Einsätze im Hause als Ansprechpartner zur Verfügung zu halten<sup>2314</sup>. Jenen Versuch rekonstruierend, berichtet die Krankenschwester, der Tochter eine **Frage** gestellt zu haben. Sie teilt die Frageformulierung allerdings nicht mit<sup>2315</sup>. Die Vermutung liegt nahe, dass sie im Rahmen jener Fragestellung die Möglichkeiten und Grenzen erkundet hat, die Arbeitsplanung der Tochter zu korrigieren, so dass sie in Zeiten der Einsätze im Hause

---

<sup>2307</sup> vgl.: EPI 5: 28f; EPI 5.2: 37.

<sup>2308</sup> vgl.: EPI 5: 29.

<sup>2309</sup> EPI 5.2: 37.

<sup>2310</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2311</sup> vgl.: EPI 5: 30.

<sup>2312</sup> EPI 5.2: 37.

<sup>2313</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>2314</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2315</sup> vgl.: EPI 5: 30.

verweilt. Denkbar ist: Die Krankenschwester hat es der Tochter überlassen, von der Fragestellung auf den der Fragestellung zugrundeliegenden Anspruch zu schließen. Sie hat die Möglichkeit verworfen, jenen Anspruch offen zu formulieren.

Die Krankenschwester berichtet, die **Antwort** der Tochter habe gelautet: „Nein, die andere Oma wartet dann auch auf mich. Die ist dann auch auf zu der Zeit und dann muss ich hin“<sup>2316</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Tochter hat es abgelehnt, ihre Arbeitsplanung zu korrigieren. Sie hat erklärt, dass ihr eine Korrektur ihrer Arbeitsplanung unmöglich ist. Sie hat auf ihre Pflicht verwiesen, die Schwiegermutter zu versorgen, und hat den Zeitpunkt, den sie gewählt hat, um mit der Erfüllung jener Pflicht zu beginnen, als unveränderbare Größe behandelt. Die eigenen Reaktionen auf den erlebten Widerstand beschreibend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe keinen Widerspruch eingelegt. Sie habe sich gedacht: „Naja, laß [sic.] es sein, die haben kein gutes Verhältnis zueinander. Du mußt [sic.] die Sache nehmen, wie sie ist“<sup>2317</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Krankenschwester hat den Widerstand der Tochter als erklärungsbedürftig betrachtet und hat sich selber eine Erklärung angeboten. Sie hat als Erklärung für den Widerstand der Tochter deren konflikthafte Verhältnis zur Mutter gewählt. Sie hat es unterlassen, **Widerspruch** einzulegen und **Widerstand** gegen den erlebten Widerstand zu leisten. Sie hat befürchtet, die eigene Anspruchshaltung im Kontext jener konflikträchtigen Familienbeziehung nicht durchsetzen zu können.

Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung eine fortgesetzte Verletzung des eigenen Anspruchs erlebt. Sie verdeutlicht nicht, jene Erfahrung zum Anlass genommen zu haben, die eigene Anspruchshaltung in Frage zu stellen. Sie verdeutlicht vielmehr, die eigene Anspruchshaltung aufrechterhalten zu haben. Sie erklärt in der Erzählzeit erstens: Sie sei der Meinung, dass die Pflegekräfte keine Rücksicht auf die Arbeitsplanung der Tochter nehmen können, sondern dass die Tochter die Arbeitsplanung der Pflegekräfte berücksichtigen muss. Sie sehe nicht ein, dass sie gesondert Arbeitszeit und Freizeit investieren soll, um Gelegenheiten für Gespräche zu Zwecken der Koordination zu schaffen. Sie betont in der Erzählzeit zweitens: Die Forderung, die Arbeitsplanung der Pflegekräfte zu berücksichtigen<sup>2318</sup>, sei im Einzelfall zwar nicht durchsetzbar, aber zumutbar<sup>2319</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, sich durch die erlebte Verletzung der eigenen Anspruchshaltung geschädigt gesehen zu haben. Sie erklärt: Die Tochter habe ihr durch fehlende Rücksichtnahme eine Belastung aufgebürdet, die bei Rücksichtnahme vermeidbar gewesen wäre. Sie betont erstens: Sie

---

<sup>2316</sup> ebd.: 30.

<sup>2317</sup> ebd.: 30.

<sup>2318</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>2319</sup> vgl.: ebd.: 28.

habe sich wiederholt veranlasst gesehen, Kontakt zur Tochter herzustellen. Sie habe sich nicht nur gefordert gesehen, sich zufällig während der eigenen Freizeit bietende Gelegenheiten für Gespräche zu nutzen<sup>2320</sup>, sondern sie habe sich auch gefordert gesehen, gesondert Arbeitszeit zu investieren, um Gelegenheiten für Gespräche zu schaffen<sup>2321</sup>. Sie betont zweitens: Da die Tochter in der Phase, in der die Patientin sich von den Pflegekräften vollumfänglich habe versorgen lassen, während der Pflegeeinsätze außer Haus gewesen sei, sei stets zweigleisig verfahren worden. Wenn die Zusammenarbeit mit der Tochter in jener Phase besser gewesen wäre und sie gewusst hätte, dass die Tochter die Mutter „in Trab hat“<sup>2322</sup>, dann hätte sie gleich am Anfang entscheiden können, einen Tag in der Woche aus dem formellen Pflegeprogramm zu streichen<sup>2323</sup>.

Die Krankenschwester ist der Auffassung: Die fortgesetzte Verletzung des eigenen Anspruches hat nicht zu einem beliebigen Zeitpunkt, sondern zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Ende gefunden. Die Krankenschwester berichtet: Die Tochter habe sich „**erst in der letzten Zeit**“<sup>2324</sup> in Zeiten der Pflegeeinsätze im Hause aufgehalten. Die Krankenschwester erklärt: Da die Mutter relative Selbständigkeit wiedererlangt habe, habe die Tochter ihren Widerstand gegen eine Korrektur ihrer Arbeitsplanung aufgegeben und habe begonnen, in Zeiten der Pflegeeinsätze im Hause zu verweilen. Die Krankenschwester vermutet: Die Tochter hat sich mit Bedacht erst in der letzten Zeit für eine Korrektur ihrer Arbeitsplanung entschieden. Die Vermutung der Krankenschwester lautet: Die Tochter hat in der Anfangszeit befürchtet, wenn sie sich in Zeiten der Pflegeeinsätze im Hause aufhält, dann bietet sie den Pflegekräften die Gelegenheit, sie anzusprechen und aufzufordern, sich an der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen. Die Krankenschwester unterstellt der Tochter, bestrebt gewesen zu sein, in Zeiten der Einsätze außer Haus zu verweilen, um sich selber Entlastung zu verschaffen und den Pflegekräften keine Gelegenheit zu bieten, ihr eine zusätzliche Belastung aufzubürden<sup>2325</sup>. Die Krankenschwester hat jene Unterstellung möglicherweise im Kontext des Eindrucks entwickelt, den sie sowohl über den Zustand der Tochter, als auch über den Zustand jener besonderen Familienbeziehung gewonnen hat.

---

<sup>2320</sup> vgl.: ebd.: 6, 31.

<sup>2321</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2322</sup> EPI 5.2: 37.

<sup>2323</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2324</sup> ebd.: 37; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2325</sup> vgl.: ebd.: 37.

#### 5.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen

Die Krankenschwester berichtet: Der „**Zustand**“<sup>2326</sup> der Seniorin habe sich im Verlaufe der Zeit verbessert. Jene Verbesserung sei allerdings nicht von Dauer gewesen: Die Seniorin habe zwei neuerliche Stürze erlitten. Der erste Sturz sei zwar folgenlos geblieben<sup>2327</sup>, als Folge des zweiten Sturzes aber habe sie sich einen zweiten Schenkelhalsbruch zugezogen. Er habe zu einer Beendigung der ambulanten Pflege geführt<sup>2328</sup>. Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf die Phase der Fallbearbeitung. Der Krankenschwester ist nach eigenen Angaben eine ausgeprägte Einschränkung in der **körperlichen** Beweglichkeit, speziell in der Beweglichkeit des Unterkörpers, aufgefallen. Die Krankenschwester verweist auf eine Gelenkerkrankung und auf eine Gehbehinderung. Die Seniorin hat nach Aussage der Krankenschwester eine künstliche Hüfte, hat Arthrose auch in den Kniegelenken, durch Rheuma bedingt und ist nach Auskunft der Krankenschwester stark gehbehindert. Die Krankenschwester verweist ferner auf eine Kreislauferkrankung, die möglicherweise die mit jener Gelenkerkrankung und Gehbehinderung einhergehenden Einbußen an körperlicher Beweglichkeit verschärft hat<sup>2329</sup>. Die Krankenschwester berichtet, die körperliche Beweglichkeit der Seniorin am Anfang unterschätzt zu haben<sup>2330</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Auskunft wahrgenommen<sup>2331</sup>, dass die Seniorin nicht nur körperlich<sup>2332</sup>, sondern auch **geistig**<sup>2333</sup> „ein bißchen [sic.] verfallen ist“<sup>2334</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben eine Beeinträchtigung in der **seelischen** Verfassung der Seniorin wahrgenommen. Jene Beeinträchtigung in der seelischen Verfassung der Seniorin rekonstruierend, lenkt die Krankenschwester die Aufmerksamkeit auf ein Leiden an der Beziehung zur Tochter<sup>2335</sup>.

- Die Mutter leidet nach Einschätzung der Krankenschwester „fürchterlich darunter, daß [sic.] die Tochter nicht viel mit ihr spricht“<sup>2336</sup>. Die Krankenschwester vertritt die Auffassung, dass das auf Seiten der Mutter bestehende Bedürfnis nach

<sup>2326</sup> EPI 5: 47, 52; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2327</sup> vgl.: EPI 5.2: 20.

<sup>2328</sup> vgl.: EPI 5.3: 11.

<sup>2329</sup> vgl.: EPI 5: 23.

<sup>2330</sup> vgl.: EPI 5.2: 43.

<sup>2331</sup> vgl.: EPI 5: 16.

<sup>2332</sup> vgl.: ebd.: 15f.

<sup>2333</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>2334</sup> ebd.: 15.

<sup>2335</sup> vgl.: EPI 5.3: 15.

<sup>2336</sup> ebd.: 15.

„**Gesellschaft**“<sup>2337</sup> in der Beziehung zur Tochter unbefriedigt bleibt<sup>2338</sup> und mit dem auf Seiten der Tochter bestehenden Bedürfnis nach Erholung und Selbstverwirklichung kollidiert. Die Krankenschwester erklärt: Die Mutter ertrage es nicht, dass die Tochter sich im Landfrauenverein engagiere<sup>2339</sup> und mit den Landfrauen auf Reisen gehe<sup>2340</sup>. Die Mutter hege den Anspruch, dass die Tochter auf eine Teilnahme an Fahrten des Landfrauenvereins verzichten soll: „Die braucht nicht wegfahren, die muß [sic.] zu Hause bleiben, ich bin hier“<sup>2341</sup>. Deren Tochter sei jedoch nicht gewillt, jenen Anspruch der Mutter zu erfüllen: „Ich will nicht zu Hause bleiben“<sup>2342</sup>.

- Nach Auffassung der Krankenschwester bleibt das auf Seiten der Mutter bestehende Bedürfnis, „**Liebe**“<sup>2343</sup> und „**ein liebes Wort**“<sup>2344</sup> zu erhalten, in der Beziehung zur Tochter gleichfalls unbefriedigt. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage durch Kommunikation mit einer Person, die nicht jenem familialem Netzwerk angehört, erfahren, dass die Tochter erklärt hat: „Sie kann ihrer Mutter keine Liebe geben“<sup>2345</sup><sup>2346</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben ferner selber erlebt, dass die Tochter es phasenweise unterlassen hat, die Mutter mit Herzlichkeit zu behandeln. Die Krankenschwester betont: Zeitweise habe die Tochter die Mutter „herzlos“<sup>2347</sup>, „ein bißchen [sic.] ruppig“<sup>2348</sup> und „ein bißchen [sic.] als Störfaktor“<sup>2349</sup> behandelt.
- Bleibt nach Einschätzung der Krankenschwester auch der auf Seiten der Mutter bestehende Wunsch nach Unterstützung<sup>2350</sup> in der Beziehung zu Tochter unerfüllt? Die Krankenschwester meint: Die Tochter fühlt sich verpflichtet, die Mutter zu unterstützen. Die Krankenschwester meint ferner: Die Tochter betrachtet es nicht als selbstverständliche, sondern als leidige Pflicht, die Mutter zu unterstützen<sup>2351</sup>. Nach Ansicht der Krankenschwester leistet die Tochter zwar

<sup>2337</sup> EPI 5: 28, Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2338</sup> vgl.: EPI 5: 28; EPI 5.2: 9, 35.

<sup>2339</sup> vgl.: EPI 5.2: 9.

<sup>2340</sup> vgl.: EPI 5: 16.

<sup>2341</sup> EPI 5.2: 21.

<sup>2342</sup> ebd.: 21.

<sup>2343</sup> EPI 5: 36; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2344</sup> EPI 5.2: 11; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2345</sup> EPI 5: 25.

<sup>2346</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>2347</sup> EPI 5.2: 11.

<sup>2348</sup> ebd.: 14.

<sup>2349</sup> ebd.: 13.

<sup>2350</sup> vgl.: ebd.: 19, 29.

<sup>2351</sup> vgl.: ebd.: 10.

Unterstützung, aber nicht mit Liebe<sup>2352</sup>, sondern im „Hauruckverfahren“<sup>2353</sup>. Nach Einschätzung der Krankenschwester ist die Tochter ein bisschen hart bemüht, die eigene Unterstützung zu begrenzen<sup>2354</sup>. Nach Meinung der Krankenschwester befürchtet die Mutter, der Tochter zur Last zu fallen, und deutet jedes bisschen als Anzeichen dafür, dass jene Befürchtung zu Recht besteht. Nach Auffassung der Krankenschwester vermittelt die Tochter „auch ein bißchen [sic.] den Eindruck, ihre Mutter als Last“<sup>2355</sup> zu betrachten.

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat im Verlaufe der Zeit wiederholt Gelegenheit gehabt, gewonnene Eindrücke über den **Zustand ausgewählter familiärer Beziehungen** zu vertiefen. Die Krankenschwester rekonstruiert die **Beziehung zwischen Mutter und Tochter** als Beziehung, die von mangelnder Liebe der Tochter<sup>2356</sup> und von Konflikten geprägt ist. Die Krankenschwester betont: Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter sei „ein bißchen [sic.] angespannt“<sup>2357</sup>. Es sei „unheimlich gespannt“<sup>2358</sup>. „Die zwei passen nicht zusammen. Die harmonieren nicht“<sup>2359</sup>. „Die zwei giftigen sich zuweilen ein bißchen [sic.] an“<sup>2360</sup>. Manchmal verhalten sie sich „wie Katz und Hund“<sup>2361</sup>. Die Krankenschwester betont ferner: Deren Verhältnis sei „seit Urzeiten“<sup>2362</sup> konfliktgeladen gewesen<sup>2363</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter sei in extremer Weise konfliktgeladen<sup>2364</sup>. Zu vermuten ist: Jener Eindruck basiert einerseits auf eigenen Erfahrungen<sup>2365</sup>, andererseits auf fremden Erzählungen<sup>2366</sup>. Die Vermutung liegt nahe, dass die Krankenschwester es in der erzählten Zeit unterlassen hat, jenen Eindruck in der Kommunikation mit der Angehörigen offen zulegen<sup>2367</sup>. In der **Erzählzeit** verdeutlicht die Krankenschwester nicht nur, dass sie in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter Konflikte wahrnimmt, sondern sie macht auch die eigene **Parteilichkeit** deutlich: Sie sieht eigene Wertvorstellungen durch ausgewählte Handlungen der Tochter verletzt. Sie ist der Auffassung: Mitunter lässt die Tochter es bei der Behandlung der Mutter an Herzlichkeit

---

<sup>2352</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>2353</sup> ebd.: 9.

<sup>2354</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2355</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>2356</sup> vgl.: EPI 5: 25.

<sup>2357</sup> ebd.: 1.

<sup>2358</sup> EPI 5.2: 12.

<sup>2359</sup> EPI 5.3: 11.

<sup>2360</sup> EPI 5: 53.

<sup>2361</sup> EPI 5.3: 17.

<sup>2362</sup> EPI 5.2: 29.

<sup>2363</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>2364</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>2365</sup> vgl.: EPI 5: 32, 53.

<sup>2366</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>2367</sup> vgl.: EPI 5.2: 29.

fehlen<sup>2368</sup>. Sie verdeutlicht: Ihr persönlich missfällt eine **Behandlung ohne Herzlichkeit**. Sie betont den Gegensatz zwischen der eigenen Handlungspräferenz und der Handlungspraxis der Tochter: „Ich würde nie so mit einem Menschen umspringen“<sup>2369</sup>.

- Die Krankenschwester betrachtet jene auf Seiten der Seniorin stets wahrnehmbare Begehrlichkeit<sup>2370</sup> des Begehrens nach Liebe<sup>2371</sup> keineswegs als erklärungsbedürftiges Phänomen. Sie betont: Jene Begehrlichkeit sei im Kontext einer vergleichenden Einzelfallbetrachtung als normales „Altersproblem“<sup>2372</sup> zu bewerten, erweise sich jedoch im Kontext einer Einzelfallbetrachtung als extremes Problem<sup>2373</sup>. Die Krankenschwester betrachtet vielmehr jene auf Seiten der Tochter wahrnehmbare Lieblosigkeit im Umgang mit der Mutter als erklärungsbedürftiges Phänomen.
- Die Krankenschwester erklärt sich die wahrgenommene Lieblosigkeit im Umgang mit der Mutter vermutlich nicht als Reaktion auf einen in der Beziehung zur Mutter erlittenen Mangel an Liebe. Anzunehmen ist: Sie hat zwar die Vermutung gehegt, dass die Mutter selber es an der Investition von Liebe hat fehlen lassen<sup>2374</sup>, hat jene Vermutung aber als unhaltbar verworfen<sup>2375</sup>. Sie berichtet: Sie habe angenommen, dass die Mutter selber es an der Investition von Liebe habe fehlen lassen. Sie habe jedoch erfahren, dass die Mutter die Tochter „nach Strich und Faden verwöhnt“<sup>2376</sup> habe.
- Die Krankenschwester erklärt sich die wahrgenommene Lieblosigkeit im Umgang mit der Mutter vermutlich als Reaktion auf eine in der Beziehung zur Mutter erlittene Fremdbestimmung. Nach Ansicht der Krankenschwester ist jener lieblose Umgang mit der Mutter durch die Versuche der Mutter mitbedingt, eine ihren Auffassungen gemäße Lebensweise der Tochter durchzusetzen. „Das bleibt nicht aus“<sup>2377</sup>. Nach Auffassung der Krankenschwester liegt jener lieblose

---

<sup>2368</sup> vgl.: EPI 5: 37; EPI 5.2: 11, 14.

<sup>2369</sup> EPI 5.2: 14.

<sup>2370</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>2371</sup> vgl.: EPI 5: 36.

<sup>2372</sup> EPI 5.2: 41.

<sup>2373</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>2374</sup> vgl.: EPI 5: 36.

<sup>2375</sup> vgl.: EPI 5.3: 18.

<sup>2376</sup> ebd.: 18.

<sup>2377</sup> EPI 5: 36.



Umgang mit der Mutter ferner darin begründet, dass der Unterstützungsbedarf der Mutter den „Tagesrhythmus der Tochter ein bisschen diktiert“<sup>2378</sup>.

- Die Krankenschwester schätzt es vermutlich, wenn Angehörige auf Bedürfnisse älterer Familienmitglieder Rücksicht nehmen: auf Bedürfnisse nach sozialer Bindung und sozialer Wertschätzung. Die Vermutung ist naheliegend: Die Krankenschwester hält es für selbstverständlich, wenn Angehörige ältere Familienmitglieder mit Herzlichkeit behandeln<sup>2379</sup>.

Nach Einschätzung der Krankenschwester liebt die Tochter es, auf Reisen zu gehen<sup>2380</sup>. Die Tochter nimmt im Rahmen ihrer **Freizeitgestaltung** nach Auskunft der Krankenschwester an Gruppenreisen teil, die seitens des Landfrauenvereins einerseits als Tagesreisen<sup>2381</sup>, andererseits als Reisen „über das Wochenende“<sup>2382</sup> organisiert werden. Die Krankenschwester hat im Verlauf der Zeit möglicherweise den Eindruck gewonnen, dass die Tochter beständig an jenen Reiseveranstaltungen teilnimmt<sup>2383</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Wenn die Tochter an jenen Reiseveranstaltungen teilnehme, dann verlasse sie den häuslichen Wirkungskreis<sup>2384</sup> teils den ganzen Tag, teils auch "über" Nacht, und nehme in Kauf, die sturzgefährdete Mutter sich zeitweilig weitestgehend sich selber zu überlassen. Die Krankenschwester betont wiederum den Gegensatz zwischen der eigenen Handlungspräferenz und der Handlungspraxis der Tochter: „Ich würde die alte Frau nicht den ganzen Tag alleine lassen“<sup>2385</sup>. Sie ist der Auffassung: Die Tochter lässt bei der Wahl der Freizeitaktivität, Rücksicht auf Bedürfnisse der Mutter nach sozialer Bindung und sozialer Sicherheit vermissen<sup>2386</sup>. Sie erklärt: „Sie kann lieber einmal zu Nachbarn gehen und kann da einmal einen geselligen Abend verbringen“<sup>2387</sup>. Es fände die Zustimmung der Krankenschwester, wenn die Tochter ihre Freizeitaktivitäten unter den gegebenen Umständen stärker einschränken würde: räumlich wie zeitlich<sup>2388</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Die Tochter müssen die Entscheidung für oder wider eine Teilnahme an der Fahrt des Landfrauenvereins selber fällen und „mit ihrem Gewissen vereinbaren“<sup>2389</sup>. „Es ist ihre Mutter und es ist ihre

---

<sup>2378</sup> EPI 5.2: 11.

<sup>2379</sup> vgl.: EPI 5.2: 14.

<sup>2380</sup> vgl.: EPI 5: 50.

<sup>2381</sup> vgl.: EPI 5.2: 20.

<sup>2382</sup> EPI 5.3: 16.

<sup>2383</sup> vgl.: EPI 5: 25f; EPI 3: 16.

<sup>2384</sup> vgl.: EPI 5.2: 20f; EPI 5.3: 18.

<sup>2385</sup> EPI 5.3: 16.

<sup>2386</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>2387</sup> EPI 5: 51.

<sup>2388</sup> vgl.: EPI 5: 51.

<sup>2389</sup> ebd.: 26.

Entscheidung<sup>2390</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester schätzt es, wenn Angehörige auch bei der Wahl ihrer Freizeitaktivitäten auf Bedürfnisse älterer Familienmitglieder Rücksicht nehmen: auf Bedürfnisse nach sozialer Bindung und sozialer Sicherheit. Sie hält es vermutlich für selbstverständlich, wenn Angehörige ältere Familienmitglieder (insbesondere in Fällen von Sturzgefahr) „nicht den ganzen Tag alleine lassen“<sup>2391</sup>.

Nicht auszuschließen ist, dass die Krankenschwester zwar einen sich im Verlaufe der Zeit verfestigenden Eindruck über den **Zustand der Tochter** gewonnen hat<sup>2392</sup>, es aber unterlassen hat, jene Einschätzung in der Kommunikation mit der Tochter offenzulegen<sup>2393</sup>. Die Krankenschwester beurteilt den Zustand der Tochter einerseits im Kontext von Anforderungen, Angehörige zu versorgen, und andererseits im Kontext von Ansprüchen, Freizeit zu haben und ein eigenes Privatleben zu führen<sup>2394</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Nachdem die Tochter in der Vergangenheit gefordert gewesen sei, jahrelang ihren kranken Ehemann zu pflegen<sup>2395</sup>, sei sie in der Gegenwart gefordert, Versorgungsfunktionen für zwei ältere Familienmitglieder zu übernehmen<sup>2396</sup>. Die Tochter sei in der Gegenwart gefordert, speziell die der Versorgung von Angehörigen dienende Arbeitszeit mit der eigenen Freizeit in Einklang zu bringen. Die Krankenschwester unterstellt: Die Tochter erlebt jene Arbeitszeit als Begrenzung von Freizeit und befürchtet, in ihrer Freizeit beschnitten zu werden<sup>2397</sup>, die sie in die Befriedigung von Bedürfnissen nach Erholung und Selbstverwirklichung investieren könnte<sup>2398</sup>.

Die Krankenschwester trennt bei der in der Erzählzeit angebotenen Zustandsbeurteilung zwischen der Perspektive der Tochter und der eigenen Perspektive als Pflegefachkraft: Sie unterstellt der Tochter sowohl ein Gefühl von globaler Belastung<sup>2399</sup> als auch ein Gefühl von globaler Überforderung<sup>2400</sup>. Sie behandelt jene der Tochter unterstellte Gefühlslage als erklärungsbedürftiges Phänomen. Sie vertritt als Pflegefachkraft die Auffassung, dass auf Seiten der Tochter von einer globalen Überforderung psychischer Art auszugehen ist. Sie erklärt: Sie glaube, dass die Tochter „der ganzen Sache seelisch nicht so gewachsen ist“<sup>2401</sup>, „nervlich angeschlagen ist“<sup>2402</sup> und „ein bißchen [sic.]

---

<sup>2390</sup> EPI 5.2: 20.

<sup>2391</sup> EPI 5.3: 16.

<sup>2392</sup> vgl.: EPI 5: 1.

<sup>2393</sup> vgl.: EPI 5.3: 18.

<sup>2394</sup> vgl.: EPI 5: 50.

<sup>2395</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>2396</sup> vgl.: EPI 5.3: 20.

<sup>2397</sup> vgl.: EPI 5: 50.

<sup>2398</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>2399</sup> vgl.: EPI 5: 1; EPI 5.2: 11.

<sup>2400</sup> vgl.: EPI 5: 1.

<sup>2401</sup> ebd.: 1.

<sup>2402</sup> ebd.: 31.

nervlich angeknackst ist<sup>2403</sup>. Sie sei der Meinung, dass die Tochter „einen Knacks hat“<sup>2404</sup>.

Erstens richtet die Krankenschwester ihre Aufmerksamkeit in der Erzählzeit selektiv auf die seitens der Tochter **in einem Fall** zu erbringenden Versorgungsfunktionen. Die Krankenschwester betont: Die der **Hausarbeit** zuzurechnende Pflege der Wäsche sei die einzige Aufgabe, welche die Tochter stellvertretend für ihre Mutter übernehmen muss. Aber sie sei an der „**Pflege**“<sup>2405</sup> des Körpers ihrer Mutter nicht in nennenswertem Umfang beteiligt<sup>2406</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, dass sie selber die seitens der Tochter zu erbringenden Pflegeleistungen weder als Überforderung, noch als Belastung betrachtet und mithin auf Seiten der Tochter keine pflegebedingte Belastung wahrnimmt. In ihrer Antwort auf die Frage, ob die Tochter mit der Pflege überfordert ist<sup>2407</sup>, hebt die Krankenschwester den Gegensatz zwischen der eigenen Perspektive<sup>2408</sup> und der Perspektive der Tochter hervor<sup>2409</sup>. Sie erklärt: Sie selber würde sich anstelle der Tochter „nicht überfordert fühlen“<sup>2410</sup>. Für sie selber „ist das keine Strapaze“<sup>2411</sup>. Aber für die Tochter „ist es eine Belastung“<sup>2412</sup>. Jenen Gegensatz der Perspektiven erläuternd, beruft die Krankenschwester sich auf die eigene „andere Natur“<sup>2413</sup>, auf die eigenen beruflichen Erfahrungen mit pflegebedürftigen Fällen, welche ihr als Vergleichsmaßstab dienen, und auch auf die Konflikthaftigkeit des Verhältnisses zwischen Tochter und Mutter<sup>2414</sup>.

Zweitens richtet die Krankenschwester ihre Aufmerksamkeit in der Erzählzeit auf die seitens der Tochter **in zwei Fällen** zu erbringenden Versorgungsfunktionen. Die Krankenschwester ist sich nicht nur bewusst, dass die Tochter doppelte Versorgung leistet. Sie ist sich vielmehr auch bewusst, dass die Tochter doppelte Versorgung unter der Bedingung von räumlicher Distanz zwischen den Arbeitsplätzen und unter der Bedingung von Zeitdruck leistet. Sie erklärt: Die Tochter „ist immer am Flitzen von einer Straße zur anderen“<sup>2415</sup>. Die Krankenschwester weiß: Ausgewählte Bedingungen, unter denen die Tochter und die Pflegekräfte Versorgung leisten, sind im Grundsatz vergleichbar. Jenes Wissen um die grundsätzliche Vergleichbarkeit jener ausgewählten Arbeitsbedingungen führt jedoch nicht zu einer Angleichung der Perspektiven über die Arbeitsbelastung. Die Krankenschwester hebt vielmehr wiederum den Gegensatz

---

<sup>2403</sup> EPI 5.3: 19.

<sup>2404</sup> ebd.: 18.

<sup>2405</sup> EPI 5.2: 17; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2406</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>2407</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>2408</sup> vgl.: ebd.: 34f.

<sup>2409</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2410</sup> ebd.: 34.

<sup>2411</sup> ebd.: 34f.

<sup>2412</sup> ebd.: 35.

<sup>2413</sup> ebd.: 34.

<sup>2414</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2415</sup> EPI 5: 37.

zwischen der eigenen Perspektive und der Perspektive der Tochter hervor. Sie erklärt: Die Tochter sei zwar der Ansicht, dass sie, zwei Großmütter versorgend, „eine Zentnerlast“<sup>2416</sup> trage. Andere Angehörige seien aber vergleichsweise belasteter und bewältigen jene vergleichsweise stärkere Belastung auch vergleichsweise besser. Sie betont: Sie habe in der eigenen Familie erlebt, dass Doppelpflege leistbar sei<sup>2417</sup>.

Drittens richtet die Krankenschwester ihr Augenmerk in der Erzählzeit darauf, dass die Tochter nicht nur die beiden älteren Familienmitglieder versorgt, sondern sich in der Freizeit auch „**viel im Landfrauenverein**“<sup>2418</sup> engagiert. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester betrachtet jenes Engagement als Handlungsmuster, welches der Tochter als Entlastung dient. Sie erklärt: Die Tochter habe nach dem Tod des Ehemannes durch jenes Engagement im Landfrauenverein „ein bißchen [sic.] Halt gesucht“<sup>2419</sup>. Für deren seelisches Wohlbefinden sei es das Beste, sie könne sich im Landfrauenverein engagieren und könne an Fahrten der Landfrauen teilnehmen, die es ihr ermöglichen, sich kilometerweit von ihrem häuslichen Wirkungskreis zu entfernen<sup>2420</sup>. Die Krankenschwester betrachtet jenes der Entlastung dienende Engagement im Landfrauenverein vermutlich als Handlungsmuster, das in seinen Realisierungsmöglichkeiten doppelt bedroht ist: Der Hilfebedarf kann jederzeit auf Seiten jedes älteren Familienmitglieds steigen<sup>2421</sup>.

### 5.2.2.3 Die Formulierung von Zielsetzungen

Die Aufmerksamkeit auf **die zu pflegenden Personen** lenkend, berichtet die Krankenschwester erstens: Es sei **im Allgemeinen** das Ziel der Pflegekräfte, im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in die ambulante Pflege übernommene, halbwegs mobil erscheinende Personen „so schnell wie möglich wieder so ziemlich zur Selbständigkeit zu bewegen“<sup>2422</sup>. Die Pflegekräfte betrachten jenes Ziel, weitest möglich Unabhängigkeit von persönlicher Hilfestellung wiederherzustellen, vermutlich bedingt durch die Ausbildung und bedingt durch die Organisation der Pflege als selbstverständlich. **Wiederherstellung relativer „Selbständigkeit“**<sup>2423</sup> ist vermutlich auf jene Handlungsmuster bezogen, in denen sich die Anforderungen, die mobilisierbaren Personen aus der Alltagsbewältigung erwachsen, mit den Anforderungen

---

<sup>2416</sup> EPI 5.3: 20.

<sup>2417</sup> vgl.: ebd.: 18f.

<sup>2418</sup> EPI 5: 28; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2419</sup> EPI 5.2: 9.

<sup>2420</sup> vgl.: EPI 5.3: 18.

<sup>2421</sup> vgl.: EPI 5.2: 20.

<sup>2422</sup> ebd.: 23.

<sup>2423</sup> ebd.: 23; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

überschneiden, die den Pflegekräften aus dem berufs- und organisationsgebundenen Auftrag erwachsen, körperzentrierte Pflege zu leisten. Sowohl die Überforderung als auch die Unterforderung mobilisierbarer Personen ist zu vermeiden. Die Krankenschwester berichtet zweitens: Im Allgemeinen ersetze das Pflegepersonal jenes für mobilisierbare Personen geltende Ziel der Wiederherstellung relativer Selbständigkeit im Falle der Zielerreichung durch das für mobilisierte Personen geltende Ziel der **Kontaktpflege**, anstatt von einer Anpassung der Zielsetzung abzusehen und die Unterstützung zu beenden. Das Pflegepersonal biete mobilisierten Personen im Anschluss an deren Mobilisierung ein reduziertes Unterstützungsprogramm an, um Kontakt zu halten<sup>2424</sup>.

Anzunehmen ist: Die **im Einzelfall** gewählten Zielsetzungen sind mit jenen allgemeinen Zielsetzungen identisch gewesen. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen erstens vermuten: Das Pflegepersonal hat sich **in der Anfangszeit** das Ziel gesetzt, die Selbständigkeit der Seniorin<sup>2425</sup> soweit wie möglich wiederherzustellen<sup>2426</sup>. Es hat seine Bemühungen auf die Wiederherstellung relativer Selbständigkeit bei der Körperpflege im Besonderen konzentriert. Es hat sich demselben Ziel wie die Angehörigen verschrieben, hat aber bei der Zielbestimmung eine seiner Aufgabenstellung gemäße Akzentsetzung gewählt. Die Angehörigen haben ihre Bemühungen auf die Wiederherstellung relativer Selbständigkeit bei der Körperpflege im Besonderen gerichtet<sup>2427</sup> und auf die Wiederherstellung relativer Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung im Allgemeinen ausgedehnt<sup>2428</sup>. Möglicherweise hat das Pflegepersonal es unterlassen, sich mit den Angehörigen eigens zu verständigen, jene Zielsetzung gewählt zu haben<sup>2429</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen zweitens vermuten: Mit der Erreichung des ersten Zieles, d.h. mit der Wiederherstellung der relativen Eigenständigkeit bei der Körperpflege, hat das zweite Ziel, d.h. die Kontaktpflege, **in der Folgezeit** an Aktualität gewonnen<sup>2430</sup>.

Das Ziel, auf Seiten der zu pflegenden Personen relative Selbständigkeit herzustellen, ist bedingt mit dem Ziel vereinbar, **den pflegenden Personen** Entlastung zu verschaffen. Steigt auf Seiten der zu pflegenden Personen das Ausmaß an Selbständigkeit bei der Körperpflege, sinken auf Seiten der pflegenden Personen die Anforderungen, Hilfestellung bei der Körperpflege zu leisten<sup>2431</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester

---

<sup>2424</sup> vgl.: ebd.: 23f.

<sup>2425</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2426</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>2427</sup> vgl.: ebd.: 3, 19.

<sup>2428</sup> vgl.: EPI 5.2: 18f; EPI 5.3: 16.

<sup>2429</sup> vgl.: EPI 5.2: 32.

<sup>2430</sup> vgl.: ebd.: 3f.

<sup>2431</sup> vgl.: ebd.: 23.

ist bestrebt gewesen, nach Möglichkeit Belastungen auf Seiten des Pflegepersonals zu vermeiden und zu senken. Nach Aussage der Krankenschwester hat das Pflegepersonal Einsätze am Wochenende abgelehnt und hat mit dem Abbau der Einsatztage pro Woche begonnen. Wie ist es um die Möglichkeiten und Grenzen der Krankenschwester bestellt gewesen, eine besondere Belastung zu bewältigen, der sie sich ausgesetzt gesehen hat? Die **Konflikthaftigkeit des Verhältnisses zwischen Mutter und Tochter als belastende Arbeitsbedingung** rekonstruierend, erklärt die Krankenschwester: Es sei für das Pflegepersonal „ein bißchen [sic.] schockierend“<sup>2432</sup>, das zwischen Mutter und Tochter bestehende Verhältnis zu erleben Redaktionelle Anmerkung: bitte prüfen, ob FN 2366 gestrichen werden kann. Redaktionelle Anmerkung Ende.<sup>2433</sup> Das Pflegepersonal gerate zwischen die Fronten<sup>2434</sup>. Es befinde sich in der Position dessen, der „als Außenstehender dazwischensteht“<sup>2435</sup>. Es sei „der Dritte dazwischen“<sup>2436</sup>. Es sei zwischendrin positioniert „als drittes Rad und als Bindeglied“<sup>2437</sup>.

- Die Krankenschwester ist sich bewusst: Die in konfliktträchtiger Weise verbundenen Familienmitglieder können, mit der Pflegekraft interagierend, jederzeit versuchen, jene Bedürfnisse nach Herzlichkeit und Anerkennung zu befriedigen, die in jener konfliktträchtigen Familienbeziehung unbefriedigt bleiben. Sie können, miteinander kommunizierend, jederzeit versuchen, die Gültigkeit eigener Sicht- und Handlungsweisen zu bekräftigen, indem sie sich, sei es wider besseres Wissen, sei es im guten Glauben, auf Sicht- und Handlungsweisen der Pflegekraft berufen<sup>2438</sup>.
- Die Krankenschwester ist sich zudem bewusst: Sowohl Versuche der in konfliktträchtiger Weise verbundenen Familienmitglieder, das Pflegepersonal zu instrumentalisieren, als auch Versuche des Pflegepersonals, sich zugunsten einer Partei einzumischen, können jederzeit zu einer Konfliktverschärfung führen. Der zwischen den Familienmitgliedern bestehende Konflikt kann durch jene Handlungsweisen geschürt und um einen Konflikt mit dem Pflegepersonal erweitert werden<sup>2439</sup>.

---

<sup>2432</sup> EPI 5: 53.

<sup>2433</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>2434</sup> vgl.: EPI 5.2: 41.

<sup>2435</sup> ebd.: 12.

<sup>2436</sup> EPI 5: 53.

<sup>2437</sup> EPI 5.2: 41.

<sup>2438</sup> vgl.: ebd.: 12f.

<sup>2439</sup> vgl.: ebd.: 22.

Die Krankenschwester hat vermutlich das Ziel verworfen, eine **Verbesserung** jener sie belastenden Arbeitsbedingung herbeizuführen. Sie erklärt in der Erzählzeit: Sie kann als Außenstehender das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter nicht verbessern. Die Krankenschwester hat vermutlich das Ziel gewählt, **keine Verschlechterung** jener Arbeitsbedingung zu provozieren. Sie ist vermutlich bestrebt gewesen, nach Möglichkeit weder Unfrieden zwischen den Familienmitgliedern zu schüren, noch Unfrieden mit den Familienmitgliedern zu entfachen. Sie erklärt in der Erzählzeit: Sie „möchte keinen Unfrieden stiften“<sup>2440</sup>. Die Krankenschwester ist vermutlich bestrebt gewesen, mit der Konflikthaftigkeit jener Familienbeziehung verbundene eigene Belastungen zu begrenzen.

#### 5.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensum

Die Krankenschwester berichtet zwar, im Verlaufe der Zeit sowohl ein seelisches Leiden auf Seiten der Seniorin<sup>2441</sup>, als auch ein seelisches Leiden auf Seiten der Tochter<sup>2442</sup>, als auch die Konflikthaftigkeit jener familiären Beziehung<sup>2443</sup> wahrgenommen zu haben. Die Krankenschwester berichtet aber nicht, einen **Bedarf an psychologischer Behandlung** festgestellt zu haben. Die Krankenschwester verweist zwar auf körperliche Erkrankungen der Seniorin, erwähnt aber keinen **Bedarf an medizinischer Behandlung**. Den Prozess der Bestimmung des **Bedarfs an Pflege** thematisierend, bietet die Krankenschwester sowohl eine verallgemeinernde Rekonstruktion, als auch eine fallspezifische Rekonstruktion an. Wie stellt sich der in Fällen mobilisierbarer Personen zu leistende Prozess der Bestimmung des Bedarfs an Pflege, **verallgemeinernd** betrachtet, dar?

- Prozesse der Bestimmung des Bedarfs an Pflege sind im Allgemeinen fehleranfällig. Die Krankenschwester erklärt: Wenn man als Pflegekraft den Erstbesuch und den ersten Pflegeeinsatz absolviert hat, dann weiß man die Frage, inwieweit sich mobilisierbare Personen bei der Körperpflege selber behelfen können, annäherungsweise zu beantworten<sup>2444</sup>.

---

<sup>2440</sup> ebd.: 29.

<sup>2441</sup> vgl.: EPI 5.3: 15.

<sup>2442</sup> vgl.: EPI 5: 1, 31; EPI 5.3: 18f.

<sup>2443</sup> vgl.: EPI 5: 1, 53; EPI 5.2: 9, 12, 29, 35, 40; EPI 5.3: 11, 17.

<sup>2444</sup> vgl.: EPI 5.2: 24.

- Welche Deutungsfehler sind denkbar? Der Bedarf an Hilfe beim Waschen kann einerseits unterschätzt, andererseits überschätzt werden. Welche Folgen können jene Deutungsfehler haben? Die Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen kann eine Überforderung mobilisierbarer Personen zur Folge haben. Die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen kann zu einer Unterforderung mobilisierbarer Personen führen.
- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester betrachtet die Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen im Vergleich zur Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen als die für mobilisierbare Personen folgenschwerere Fehleinschätzung. Die Krankenschwester zieht im Zweifelsfall vermutlich die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen der Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen vor.
- Zu unterstellen ist: Die Krankenschwester ist regelmäßig bemüht, fehlerhafte Einschätzungen des Bedarfs an Pflege zu vermeiden. Die Krankenschwester erklärt: Sie begnügt sich in Prozessen der Bestimmung des Pflegebedarfs nicht damit, ihre Deutungen gefühlsmäßig zu fundieren. Sie wendet in Prozessen der Bestimmung des Pflegebedarfs auch das in Ausbildung und Berufspraxis erworbene Wissen an<sup>2445</sup>.
- Zu unterstellen ist ferner: In Prozessen der Bestimmung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen lässt sie praktische Tests durchführen, stützt sich auf Beobachtungsdaten und kombiniert Beobachtungsdaten mit Befragungsdaten, die einerseits die Personalperspektive, andererseits die Perspektive von Privatpersonen reflektieren können.
- Anzunehmen ist: Sie weiß um die Begrenztheit der Möglichkeit, durch Kommunikation mit Angehörigen fehlerhafte Einschätzungen des Bedarfs an Hilfe beim Waschen zu vermeiden. Deutungsangebote von Angehörigen bieten keine Gewähr dafür, dass sich Deutungsfehler von Pflegekräften vermeiden lassen. Deutungsangebote von Angehörigen sind ihrerseits fehleranfällig.
- Ist die Krankenschwester der Auffassung, dass Pflegekräfte in Prozessen der Bestimmung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen zu Deutungen gelangen, die

---

<sup>2445</sup> vgl.: ebd.: 24.



den Deutungsangeboten von Angehörigen überlegen sind? Die Krankenschwester legt sich in der Erzählzeit nicht fest.

Wie stellt sich der Prozess der Bestimmung des Bedarfs an Pflege, **fallspezifisch** betrachtet, dar? Die Krankenschwester schildert: Der Prozess der Bestimmung des Bedarfs an Pflege habe sich im Einzelfall als fehleranfällig erwiesen. Sie habe **in der Anfangszeit** den Fehler begangen, die körperliche Beweglichkeit der Seniorin zu unterschätzen und den Bedarf an Hilfe beim Waschen zu überschätzen. Sie sei in der erzählten Zeit erstens gefordert gewesen, nicht nur die körperliche Fähigkeit, sondern auch die Bereitschaft zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege einzuschätzen<sup>2446</sup>. Sie habe sich in der erzählten Zeit zweitens gefordert gesehen, den Bedarf an Pflege zu bestimmen, **ohne** die Angehörige in Zeiten der Einsätze im Hause befragen zu können<sup>2447</sup>. Sie habe einerseits, die wahrgenommene Beeinträchtigung der körperlichen Beweglichkeit in Rechnung stellend, eine auf den Unterkörper begrenzte Unfähigkeit zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege unterstellt<sup>2448</sup>. Sie habe andererseits, die stets wahrgenommenen Selbstdeutungen der Seniorin in Rechnung stellend, die Befürchtung gehegt, die körperliche Beweglichkeit zu überschätzen und den Bedarf an Pflege zu unterschätzen<sup>2449</sup>.

Die Krankenschwester erzählt: Sie habe sich „**einen Morgen**“<sup>2450</sup> verspätet. Jene Verspätung sei nicht geplant gewesen. Die Tochter habe jene Verspätung zufälligerweise erlebt. Die Tochter habe interveniert: Sie habe ihre Mutter aufgefordert, sich selbständig zu waschen. Sie habe es unterlassen, Hilfe beim Waschen zu leisten<sup>2451</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Jene aus ihrer Sicht **ungeplante Intervention der Tochter** sei erfolgreich verlaufen. Verspätet eintreffend, habe sie zur eigenen Verblüffung gesehen, dass die Seniorin problemlos fähig sei, sich Körperpartien jenseits von Gesicht und Arme und Brust selber zu waschen<sup>2452</sup>. Sie sei zu der Auffassung gelangt: Sie habe den Bedarf an Pflege in der Anfangszeit überschätzt. Der Seniorin habe es in der Anfangszeit nicht an der körperlichen Fähigkeit, sondern an der Bereitschaft zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege gefehlt<sup>2453</sup>. Wie erklärt die Krankenschwester sich die fehlende Bereitschaft zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege? Die Krankenschwester vermutet: Die Seniorin habe anfänglich austesten wollen, in welchem Ausmaß sie sich von den Pflegekräften „verwöhnen lassen kann“<sup>2454</sup>.

---

<sup>2446</sup> vgl.: ebd.: 19, 29.

<sup>2447</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2448</sup> vgl.: EPI 5: 4.

<sup>2449</sup> vgl.: EPI 5.2: 2, 43.

<sup>2450</sup> ebd.: 43; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2451</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2452</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>2453</sup> vgl.: ebd.: 19, 29.

<sup>2454</sup> ebd.: 29.

Die Vermutung der Krankenschwester lautet: Die Seniorin hat die im Pflegeprozess entwickelte Beziehung zur Pflegekraft weniger zur Deckung von Pflegebedarf, als vielmehr zur Befriedigung eines in der Beziehung zur Tochter unbefriedigt bleibenden Bedürfnisses nach Bindung und Aufmerksamkeit genutzt<sup>2455</sup>.

Wie ist es nach Ansicht der Krankenschwester **in der Folgezeit** um den auf Seiten der Seniorin bestehenden Bedarf an Pflege bestellt gewesen? Die Krankenschwester unterstellt einerseits die körperliche Fähigkeit zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege. Sie erklärt in der Erzählzeit: Die Seniorin „kann sich alleine waschen“<sup>2456</sup>. Selbständiges Waschen des Unterkörpers sei zwar erschwert, aber bei Einsatz eines technischen Hilfsmittels möglich<sup>2457</sup>. Die Krankenschwester unterstellt andererseits wiederholte Diskrepanzen zwischen der Fähigkeit und der Bereitschaft zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege. Sie erklärt in der Erzählzeit: Wenn die Seniorin zu selbständigem Waschen des Unterkörpers, namentlich der Füße, „zu bequem ist, dann wartet sie“<sup>2458</sup> auf Hilfe der Pflegekräfte. Sie bezeichnet die Seniorin zum einen als Person, die „nicht pflegebedürftig“<sup>2459</sup> ist. Sie setzt die Seniorin zum anderen mit Personen gleich, die den geringfügigsten Bedarf an Pflege aufweisen<sup>2460</sup>.

Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung keinen Bedarf an formeller Pflege am Wochenende anerkannt<sup>2461</sup>. Wenn zu befürchten ist, dass ein älteres Familienmitglied jederzeit stürzen kann und nach einem Sturz hilflos ist, dann lässt sich die Phase, in der jenes ältere Familienmitglied der Aufsicht bedarf, nicht auf ausgewählte Zeitpunkte begrenzen, sondern dehnt sich tendenziell unbegrenzt auf Zeiträume aus, die Tag und Nacht umfassen können<sup>2462</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage einen auf Seiten der Seniorin bestehenden **Bedarf an sozialer Betreuung** wahrgenommen. Die Seniorin benötigt nach Ansicht der Krankenschwester eine Bezugsperson, die „ein bißchen [sic.] auf sie eingeht“<sup>2463</sup>. Die Krankenschwester berichtet zwar, die Tochter über den auf Seiten der Seniorin bestehenden Bedarf an Pflege aufgeklärt zu haben<sup>2464</sup>. Die Krankenschwester berichtet aber nicht, die Tochter über den auf Seiten der Seniorin bestehenden Bedarf an sozialer Betreuung aufgeklärt zu haben.

---

<sup>2455</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>2456</sup> ebd.: 26.

<sup>2457</sup> vgl.: EPI 5: 35.

<sup>2458</sup> ebd.: 35.

<sup>2459</sup> EPI 5.2: 30.

<sup>2460</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>2461</sup> vgl.: EPI 5: 46.

<sup>2462</sup> vgl.: EPI 5.2: 17.

<sup>2463</sup> EPI 5: 32.

<sup>2464</sup> vgl.: EPI 5: 51, EPI 5.2: 30, 32.

Wie ist es aus der Sicht der Krankenschwester um den Unterstützungsbedarf auf Seiten der Tochter bestellt? Die Krankenschwester verdeutlicht in der Erzählzeit, ein seelisches Leiden auf Seiten der Tochter wahrzunehmen<sup>2465</sup>. Die Krankenschwester nimmt das wahrgenommene seelische Leiden auf Seiten der Tochter in der Erzählzeit jedoch weder zum Anlass, über Bedarf an psychologischer Behandlung zu reflektieren, noch zum Anlass, für eine Ausdehnung von Freizeit zu plädieren, noch zum Anlass, für eine Beibehaltung jener Freizeitaktivität zu plädieren, welche die Tochter favorisiert und als Entlastung erlebt. Im Gegenteil: Die Krankenschwester nimmt an der Reisetätigkeit der Tochter Anstoß<sup>2466</sup>.

- Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Die Krankenschwester ist sich nicht nur bewusst, dass die Tochter das Bedürfnis hat, sich zu erholen, sondern die Krankenschwester ist sich auch bewusst, dass die Tochter Erholung braucht. Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: „Irgendwo kann man schon verstehen, daß [sic.] sie abschalten muß [sic.], daß [sic.] sie auch einmal heraus muß [sic.]“<sup>2467</sup>.
- Die Krankenschwester ist sich zudem vermutlich bewusst: Um sich erholen zu können, wählt die Tochter eine Freizeitaktivität, welche die Tochter ihrerseits als Freizeitaktivität mit Erholungswert definiert. Jene seitens der Tochter getroffene Wahl kritisierend, erklärt die Krankenschwester in der Erzählzeit: Sie persönlich bezweifle jedoch den „Sinn und Zweck“<sup>2468</sup> der gewählten Freizeitaktivität.
- Die Krankenschwester erzählt: Der Enkel habe in einem Gespräch mit ihr die Auffassung vertreten, seine Mutter benötige „auch ein bisschen Freizeit“<sup>2469</sup> und brauche zu ihrer Erholung die Teilnahme an den Fahrten des Landfrauenvereins. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat in der erzählten Zeit jenes Gespräches allenfalls Bedarf an befristeter Freizeit anerkannt, hat aber keine Anerkennung für die gewählte Art der Freizeitgestaltung ausgesprochen<sup>2470</sup>.

---

<sup>2465</sup> vgl.: EPI 5: 1, 31; EPI 5.3: 18, 19.

<sup>2466</sup> vgl.: EPI 5: 50.

<sup>2467</sup> ebd.: 50.

<sup>2468</sup> ebd.: 50.

<sup>2469</sup> ebd.: 50.

<sup>2470</sup> vgl.: ebd.: 50.

### 5.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben

#### 5.2.2.5.1. Die Pflege

Das **Engagement der Pflegekräfte** zeichnet sich durch die Anforderung aus, das Engagement **im Einzelfall** mit dem Engagement **im Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen. Die Krankenschwester erklärt: Man habe den Einzelfall problemlos in den für den Bestand der Fälle entwickelten Einsatzplan einfügen können<sup>2471</sup>. Es passte, dass der Einzelfall „dazwischenkam“<sup>2472</sup> und es passt, dass der Einzelfall „ausgesteuert werden kann“<sup>2473</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht: Der Fallbestand ist eine Größe, die sie einerseits bei der Gestaltung von Arbeitsprozessen, andererseits bei der Gestaltung von Kommunikationsprozessen berücksichtigt. In der Kommunikation mit Privatpersonen auf den Fallbestand anspielend, kann sie die Entscheidungen zum Personaleinsatz erläutern und die Begrenztheit der Möglichkeiten formeller Pflege betonen<sup>2474</sup>. In der Kommunikation mit Privatpersonen auf den Fallbestand anspielend, kann sie ferner versuchen, Selbstpflege und informelle Pflege zu fördern<sup>2475</sup>.

Die Krankenschwester ist nach eigener Darstellung bemüht gewesen, die Seniorin zu aktivieren, sich im Rahmen ihrer Fähigkeiten selbständig zu waschen. Sie hat nach eigener Aussage in der Kommunikation mit der Seniorin eine Aktivierungsstrategie gewählt, die auf die Wirksamkeit von „Anreiz und Ansporn“<sup>2476</sup> setzt. Die Krankenschwester erklärt: Sie rege die Seniorin zwecks Aktivierung an, sich nicht isoliert, sondern im Fallvergleich zu betrachten<sup>2477</sup>. Die Krankenschwester präsentiert drei Varianten der gewählten Aktivierungsstrategie.

- Sie berichtet erstens: Sie benutze einen besonderen Fall aus dem Bestand der Fälle als Vorbild, die andere Großmutter der Familie. Sie rege zum Fallvergleich an und erkläre: Sie unterstelle, die Seniorin könne schaffen, „was die andere Oma schafft“<sup>2478</sup>.

---

<sup>2471</sup> vgl.: EPI 5.2: 47.

<sup>2472</sup> ebd.: 46.

<sup>2473</sup> ebd.: 46.

<sup>2474</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>2475</sup> vgl.: EPI 5: 39; EPI 5.2: 3, 44f.

<sup>2476</sup> EPI 5: 39.

<sup>2477</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>2478</sup> ebd.: 39.

- Sie berichtet zweitens: Sie stelle der Seniorin in Aussicht, ihrerseits als Vorbild für jene im Fallbestand befindlichen Fälle benutzt zu werden, die es an Mitarbeit fehlen lassen. „Wenn einer nichts macht oder nichts machen will, dann erzähle ich immer, wie schön das bei Ihnen geht“<sup>2479</sup>.
- Sie berichtet drittens: Sie lobe die Seniorin für deren Mitarbeit<sup>2480</sup>. Jenes Lob erläuternd, erkläre sie, dass deren Mitarbeit ihr die Möglichkeit eröffne, vergleichsweise hilfsbedürftigeren Fällen im Bestand der Fälle verstärkt zu helfen<sup>2481</sup>.

Das Engagement der Pflegekräfte ist ferner durch seine **Begrenztheit** gekennzeichnet. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe an seinen regulären Arbeitstagen, montags bis freitags, nicht aber am Wochenende Pflege geleistet. Es habe sowohl Hilfe beim Waschen, als auch Hilfe beim Baden gewährt. Es habe seine Hilfestellungen beim Waschen und Baden jeweils mit Hilfestellungen beim Ankleiden verknüpft<sup>2482</sup>. Es habe im Verlaufe der Zeit damit begonnen, die Wascheinsätze zu nutzen, um die Seniorin zu aktivieren, und die Wascheinsätze parallel zu den Aktivierungserfolgen abzubauen: Es habe die Anzahl der Einsatztage pro Woche reduziert, die für das Waschprogramm reserviert gewesen seien, und es habe seine Hilfestellung pro Wascheinsatz derweil im Wesentlichen auf Hilfe beim Ankleiden beschränkt<sup>2483</sup>. Es habe sich bei den Einsätzen abgewechselt und habe Einsätze von dreißig Minuten Dauer mit einfacher Besetzung geleistet<sup>2484</sup>. Die Krankenschwester beschreibt nicht nur das Engagement der Pflegekräfte, sondern auch das **Engagement der Angehörigen**. Der Bericht der Krankenschwester lässt vermuten, dass das Engagement unter den Angehörigen ungleich verteilt gewesen ist: Die Tochter ist unter den Angehörigen vermutlich die zentrale familiäre Hilfsperson gewesen.

Die Anzahl der **Einsatztage pro Woche** ist nach Auskunft der Krankenschwester im Verlaufe der Zeit abgebaut worden. In der Erzählzeit die Entscheidung für einen sukzessiven Abbau des formellen Pflegeprogramms erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Sie muss das formelle Pflegeprogramm generell ruhigen Gewissens abbauen können<sup>2485</sup> und sie habe sich vergewissert, dass sie das formelle

---

<sup>2479</sup> ebd.: EPI 5.2: 45.

<sup>2480</sup> EPI 5.2: 3, 44.

<sup>2481</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>2482</sup> vgl.: EPI 5: 48.

<sup>2483</sup> vgl.: EPI 5.2: 3, 48.

<sup>2484</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>2485</sup> vgl.: EPI 5: 52.

Pflegeprogramm im Einzelfall getrost abbauen kann<sup>2486</sup>. In der Erzählzeit das eigene Vorgehen beim sukzessiven Abbau des formellen Pflegeprogramms beschreibend, erklärt die Krankenschwester: Sie verfare sukzessive. Schrittweise erhöhe sie die Anzahl der Tage, an denen die häusliche Pflege ohne Engagement des Pflegepersonals sicherzustellen sei<sup>2487</sup>. Wie lässt sich der im Einzelfall vollzogene Abbau des formellen Pflegeprogramms, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Das Pflegepersonal hat sich dem **Ziel** verschrieben, auf Seiten der Seniorin relative Selbständigkeit bei der Körperpflege wiederherzustellen<sup>2488</sup>. Das Pflegepersonal ist bestrebt gewesen, im Prozess der **Arbeit an der Zielerreichung** sowohl die Überforderung als auch die Unterforderung der Seniorin zu vermeiden. Das Pflegepersonal hat versucht, nach Schema an der Wiederherstellung jener relativen Selbständigkeit zu arbeiten.
- Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Sie hat sich einen Morgen ungewollt verspätet<sup>2489</sup>. Die Tochter hat auf jene Verspätung reagiert, ohne sich mit der Pflegekraft abgesprochen zu haben. Auf jene Verspätung reagierend, hat die Tochter mit Erfolg an der Aktivierung der Mutter gearbeitet. Die Tochter hat die Mutter aufgefordert, sich selbständig zu waschen. Die Tochter hat es unterlassen, Hilfe beim Waschen zu leisten<sup>2490</sup>.
- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester ist an jenem Morgen zu der Auffassung gelangt, dass die ungeplante Intervention der Tochter den Beweis erbracht hat, dass die Seniorin zu selbständiger Verrichtung der Körperpflege fähig ist. Anzunehmen ist ferner: Die Krankenschwester ist an jenem Morgen auch zu der Auffassung gelangt, in der Anfangszeit den **Fehler** begangen zu haben, die körperliche Beweglichkeit der Seniorin zu unterschätzen, den Bedarf an Pflege zu überschätzen und die Seniorin zu unterfordern<sup>2491</sup>.

---

<sup>2486</sup> vgl.: EPI 5.2: 17.

<sup>2487</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>2488</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2489</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>2490</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2491</sup> vgl.: ebd.: 43.

- Die Krankenschwester vertritt in der Erzählzeit die Auffassung: Jene anfängliche Unterforderung hat eine unnötige Mehrbelastung des Pflegepersonals zur Folge gehabt, die sich hätte mindern, wenn nicht gar vermeiden lassen, wenn die Tochter am Anfang in Zeiten der Einsätze als Ansprechpartner zur Verfügung gestanden hätte. Dann hätte gleich von Anfang an ein Tag in der Woche aus dem formellen Pflegeprogramm gestrichen werden können<sup>2492</sup>.
- Das Gedankenexperiment lautet: Wenn sie gewusst hätte, dass die Tochter bei der Aktivierung ihrer Mutter, mit Unnachgiebigkeit verfahren, Erfolg hat, dann hätte sie versuchen können, jene Unnachgiebigkeit zu nutzen. Sie hätte versuchen können, die Tochter zu engagieren, um **geplante Interventionen** durchzuführen: Die Tochter hätte ihre Mutter an jenem Tag, der aus dem formellen Pflegeprogramm gestrichen worden wäre, mit Unnachgiebigkeit anhalten können, sich selbständig zu waschen<sup>2493</sup>.
- Das Gedankenexperiment lautet **nicht**: Wenn sie informiert gewesen wäre, dass die Tochter bei der Aktivierung ihrer Mutter, mit Unnachgiebigkeit verfahren, Erfolg hat, dann hätte sie versuchen können, deren Unnachgiebigkeit durch Lernen am Modell nachzuahmen. Die Krankenschwester erklärt: Sie sei auch außerstande, die Seniorin mit Unnachgiebigkeit zur Selbsthilfe bei der Körperpflege anzuhalten, da sie wisse, dass die Tochter ihre Mutter mit Unnachgiebigkeit zur Selbsthilfe anhalte<sup>2494</sup>.

Wie lässt sich der im Einzelfall vollzogene Abbau des formellen Pflegeprogramms, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet darstellen? Die Krankenschwester erzählt: Anfangs habe die Mutter sich von den Pflegekräften „von vorne bis hinten betreuen lassen“<sup>2495</sup>. Sie habe sich im günstigsten Fall ausgewählte Teile des Oberkörpers selbständig gewaschen: „Gesicht und Arme und Brust“<sup>2496</sup>. Das Pflegepersonal habe die ersten Wochen Pflegeeinsätze an allen regulären Einsatztagen, d.h. von montags bis freitags, durchgeführt. Nach Ablauf der ersten Wochen habe es die prinzipielle Entscheidung zur Einleitung der Kurskorrektur gefällt. Man habe sich „gesagt: Auf die Dauer geht das nicht so weiter. Sie muss ein bisschen mehr aktiviert werden“<sup>2497</sup>.

---

<sup>2492</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2493</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2494</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2495</sup> ebd.: 37.

<sup>2496</sup> ebd.: 43.

<sup>2497</sup> ebd.: 25.

Die Krankenschwester berichtet: Nachdem das Pflegepersonal die prinzipielle Entscheidung zur Kurskorrektur gefällt habe, sei es jenen "einen Morgen" zu jener aus Sicht des Pflegepersonals **ungeplanten Intervention der Tochter** gekommen<sup>2498</sup>. Jene Intervention ist vermutlich eine Reaktion auf die Annahme gewesen: Die Pflegekraft ist verhindert, (pünktlich) zu erscheinen. Jene Intervention hat nach Darstellung der Krankenschwester nicht in der Körperpflege, sondern in der Aktivierung zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege bestanden<sup>2499</sup>. Jene Intervention ist nach Angaben der Krankenschwester erfolgreich verlaufen<sup>2500</sup>. Die Krankenschwester schildert: Die Seniorin habe dem Pflegepersonal unter der Bedingung jener Intervention erstmalig ihre Fähigkeit zur selbständigen Verrichtung der Körperpflege bewiesen. Das Pflegepersonal habe jenen ihm erstmalig erbrachten Beweis zum Anlass genommen, plangemäß zu verfahren<sup>2501</sup> und die Kurskorrektur praktisch einzuleiten<sup>2502</sup>. Es habe einerseits mit Erfolg<sup>2503</sup> versucht, die Kurskorrektur einzuleiten<sup>2504</sup>, und es habe andererseits mit der Fortsetzung der Kurskorrektur begonnen<sup>2505</sup>.

Die Krankenschwester berichtet zwar, versucht zu haben, die Tochter als „**Ansprechpartner**“<sup>2506</sup> zu gewinnen. Die Krankenschwester berichtet aber nicht, den Versuch unternommen zu haben, die Tochter als **Pflegeperson** zu engagieren. Die Vermutung liegt nahe, dass sie es unterlassen hat, zwei sich bietende Gelegenheiten zu nutzen, die Tochter aufzufordern, Pflegeleistungen zu übernehmen. Die Krankenschwester hat es erstens vermutlich unterlassen, eine sich bietende Gelegenheit zu nutzen, die Tochter aufzufordern, alleine oder im Wechsel mit dem Pflegepersonal **Hilfe beim Waschen** zu leisten. Einen Hausbesuch der Schülerin rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Seniorin habe im Bett gelegen. Die Seniorin habe auf Nachfrage der Schülerin geantwortet: Sie sei gestürzt und die Tochter habe sie gewaschen. Die Schülerin habe erwidert: Wenn die Tochter die Körperpflege übernehme, brauchen die Pflegekräfte sie nicht zu leisten. Dem Einwand, es bestehe kein über die Pflegekräfte zu deckender Hilfebedarf, habe die Seniorin mit den Worten widersprochen: Die Tochter habe die Körperpflege lediglich ausnahmsweise übernommen<sup>2507</sup>. Jenen Hausbesuch rekonstruierend, den sie selber anschließend durchgeführt hat, erzählt die Krankenschwester: Sie habe die Tochter im Haus

---

<sup>2498</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>2499</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2500</sup> vgl.: ebd.: 1f, 25f, 43.

<sup>2501</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>2502</sup> vgl.: ebd.: 25f, 47f.

<sup>2503</sup> vgl.: ebd.: 17, 23, 48.

<sup>2504</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>2505</sup> vgl.: ebd.: 3, 48.

<sup>2506</sup> ebd.: 37; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2507</sup> vgl.: EPI 5: 25.



angetroffen<sup>2508</sup>. Die Tochter habe „kein Wort mehr darüber verloren“<sup>2509</sup>. Die Krankenschwester hat es zweitens vermutlich unterlassen, eine sich bietende Gelegenheit zu nutzen, die Tochter aufzufordern, **Hilfe beim Baden** zu leisten. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Seniorin beim Einsteigen in die Badewanne und beim Aussteigen aus der Badewanne der persönlichen Hilfestellung bedurft. Nach Angaben der Krankenschwester ist in der Anfangszeit beim Baden der Einsatz zweier Hilfskräfte indiziert gewesen, in der Folgezeit der Einsatz einer Hilfskraft. Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester die Möglichkeit gewählt, ausschließlich Pflegepersonal zur Durchführung des Badeprogramms einzusetzen. Denkbar wäre gewesen, die Tochter in der Anfangszeit als Hilfskraft zu engagieren, gemeinsam mit einer Pflegekraft Badehilfe zu leisten. Denkbar wäre auch gewesen, die Tochter in der Folgezeit als Hilfskraft zu engagieren, alleine oder im Wechsel mit einer Pflegekraft Badehilfe zu leisten<sup>2510</sup>.

Hegt die Krankenschwester (nicht) den Anspruch, die Tochter soll Pflege leisten? Vermisst die Krankenschwester auf Seiten der Tochter die Bereitschaft, die Pflege ihrer Mutter zu übernehmen? Bescheinigt die Krankenschwester der Tochter Unfähigkeit zur Übernahme der Pflege? In der Erzählzeit erklärt die Krankenschwester erstens: Wenn sie eine „ganz böse“<sup>2511</sup> Deutung wählen würde, dann würde sie unterstellen, dass die Tochter es „aus Bequemlichkeit“<sup>2512</sup> unterlassen habe, die Mutter selber zu pflegen. In der Erzählzeit erklärt die Krankenschwester zweitens: Sie kann sich auf jene Deutung jedoch nicht festlegen, da die Tochter die Pflege möglicherweise nicht übernehmen kann. „Die Tochter hat einfach nicht diese Beziehung zu ihrer Mutter und dann bringt sie es auch gar nicht fertig, die Grundpflege auszuführen“<sup>2513</sup>. Die Tochter „ist kein Typ“<sup>2514</sup>, der seine Mutter pflegt. „Von innen heraus kommt nicht viel“<sup>2515</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester betrachtet den Anspruch, dass die Tochter beim Akt der Körperpflege Hilfe leistet, als unrealistische Maximalforderung<sup>2516</sup>. Sie bewertet den Anspruch, dass die Tochter beim Akt des Ankleidens Hilfestellung leistet, hingegen als realistische Minimalforderung. „Das ist nun wirklich das Mindeste“<sup>2517</sup>.

Nach Aussage der Krankenschwester hat es im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **Überschneidungen** im Engagement von Angehörigen und

---

<sup>2508</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>2509</sup> ebd.: 27.

<sup>2510</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>2511</sup> ebd.: 31.

<sup>2512</sup> ebd.: 31.

<sup>2513</sup> ebd.: 31.

<sup>2514</sup> EPI 5.2: 9.

<sup>2515</sup> ebd.: 9.

<sup>2516</sup> vgl.: EPI 5: 31; EPI 5.2: 9.

<sup>2517</sup> EPI 5.2: 17.

Pflegepersonal gegeben. Nach Auskunft der Krankenschwester ist es zu Überschneidungen in den **Arbeitsleistungen** gekommen. Die Krankenschwester berichtet: Beide Parteien, d.h. Angehörige und Pflegekräfte, haben Pflegeleistungen erbracht. Beide Parteien haben teils dieselben Pflegeleistungen verrichtet. Sie sind etwa beim Ankleiden behilflich gewesen<sup>2518</sup>. Beide Parteien haben teils auch Pflegeleistungen übernommen, die die jeweilige Gegenpartei normalerweise nicht abgedeckt hat. Die Pflegekräfte haben Hilfe beim Waschen geleistet<sup>2519</sup>. Die Angehörigen haben Aufsicht geleistet<sup>2520</sup>. Ist es auch zu Überschneidungen in den **Arbeitszeiten** gekommen? Anzunehmen ist: Die Tochter hat in der Zeit **während** der Einsätze des Personals keine Pflege geleistet. Das Pflegepersonal hat sowohl Hilfe beim Waschen, als auch Hilfe beim Baden ohne Mitarbeit der Tochter geleistet. Anzunehmen ist ferner: Die Tochter hat in der Zeit **zwischen** den Einsätzen des Personals ausnahmsweise einmal Hilfe beim Waschen<sup>2521</sup> und regelmäßig Hilfe beim Ankleiden<sup>2522</sup> geleistet. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Die Tochter hat nicht nur in zeitlich begrenztem Umfang selber Aufsicht geleistet, sondern hat auch Aufsicht organisiert, um auf informeller Basis in zeitlich begrenztem Umfang Aufsicht leisten zu lassen<sup>2523</sup>.

Die Krankenschwester erklärt: Das Ziel, relative Selbständigkeit bei der Körperpflege wiederherzustellen<sup>2524</sup>, habe sich zwar erreichen lassen<sup>2525</sup>, aber der Prozess der Zielerreichung habe sich verglichen mit dem Verfahrensschema als langwieriger erwiesen<sup>2526</sup>. Die Zielerreichung sei in erster Linie nicht Verdienst der Pflegekräfte, sondern Verdienst der Tochter gewesen<sup>2527</sup>. Das Pflegepersonal sei in jenem langwierigen Prozess der Zielerreichung zum Opfer der familiären Verhältnisse geworden<sup>2528</sup>.

Die Krankenschwester ist der Ansicht, dass die Pflegekräfte einen Beitrag zur **Entlastung der Tochter** geleistet haben. Die Krankenschwester erklärt: Das Engagement der Pflegekräfte habe für die Tochter „eine Arbeitserleichterung“<sup>2529</sup> dargestellt. Das Pflegepersonal habe der Tochter die Übernahme von Pflegeleistungen erspart.<sup>2530</sup> Die Tochter hat nach Meinung der Krankenschwester vermutlich nicht in gewünschtem Maße zur **Entlastung der Pflegekräfte** beigetragen. Nach Angaben der

---

<sup>2518</sup> vgl.: ebd.: 3, 8.

<sup>2519</sup> vgl.: EPI 5: 48.

<sup>2520</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>2521</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>2522</sup> vgl.: 5.2: 38.

<sup>2523</sup> vgl.: EPI 5: 28; EPI 5.3: 17.

<sup>2524</sup> vgl.: EPI 5.2: 23.

<sup>2525</sup> vgl.: EPI 5: 47, 52.

<sup>2526</sup> vgl.: EPI 5.2: 23, 24, 25.

<sup>2527</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2528</sup> vgl.: EPI 5: 30; EPI 5.2: 19, 37.

<sup>2529</sup> EPI 5.2: 33.

<sup>2530</sup> vgl.: ebd.: 33.

Krankenschwester hat die Tochter es anfänglich an Unterstützung der Pflegekräfte fehlen lassen<sup>2531</sup>.

#### 5.2.2.5.2. Die Beratung

Die Krankenschwester hat sich nach eigener Aussage gefordert gesehen, Pflege unter der Bedingung einer konflikthafter Familienbeziehung zu verrichten<sup>2532</sup>. Sie hat sich nach eigenen Angaben auch gefordert gesehen, im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege mit beiden Konfliktparteien zu interagieren<sup>2533</sup>. Die Krankenschwester ist beruflich verpflichtet, im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten. Konflikte zwischen Familienmitgliedern können häusliche Pflegeprozesse erschweren. Sie können einerseits den Vollzug informeller Pflege, andererseits den Vollzug formeller Pflege erschweren. Nicht nur die auf Seiten der Krankenschwester bestehenden Möglichkeiten, auf beruflicher Basis Pflege zu leisten, sondern auch die auf Seiten der Krankenschwester bestehenden Möglichkeiten, zur Sicherstellung der häuslichen Pflege auf beruflicher Basis Beratung zu leisten, sind strukturell bedingt begrenzt.

- Wie ist es aus Sicht der Krankenschwester um die Möglichkeiten und Grenzen bestellt, ihrerseits zwecks Gestaltung einer konflikthafter Familienbeziehung auf beruflicher Basis beratend tätig zu werden? Denkbar ist: Die Krankenschwester verknüpft, sich beruflich engagierend, Pflege und Beratung. Sie wird im Rahmen eines Pflegeeinsatzes beratend tätig. Sie versucht im Verlauf eines Beratungsgesprächs, selber Arbeit an der Familienbeziehung zu leisten. Sie unternimmt im Verlauf eines Beratungsgesprächs den Versuch, Arbeit an der familiären Beziehung zu organisieren, um im Rahmen einer psychologischen Behandlung Arbeit an der Familienbeziehung leisten zu lassen.
- Die Krankenschwester verdeutlicht, sich der Begrenztheit ihrer Möglichkeiten bewusst zu sein, zwecks Gestaltung einer konflikthafter Familienbeziehung auf beruflicher Basis beratend tätig zu werden. Die Krankenschwester weiß: Wenn sie sich bemüht, zwecks Gestaltung einer konflikthafter Familienbeziehung auf beruflicher Basis beratend tätig zu werden, dann können

---

<sup>2531</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2532</sup> vgl.: EPI 5: 1, 53; EPI 5.2: 9, 12, 29, 40; EPI 5.3: 11, 17.

<sup>2533</sup> vgl.: EPI 5.2: 12f.

jene Bemühungen nicht nur erwünschte, sondern auch unerwünschte Folgen haben. Sie können ihrerseits häusliche Pflegeprozesse erschweren: Die Konfliktparteien können jene Bemühungen jederzeit als unliebsame Form der Einmischung definieren und als Bezugspunkt für einen Konflikt mit der Pflegekraft wählen<sup>2534</sup>.

- Die Krankenschwester macht deutlich: Wenn sie sich gefordert sieht, berufsmäßig Pflege unter der Bedingung einer konflikthaften Familienbeziehung zu leisten, dann hat sie im Allgemeinen Bedenken, in der Interaktion mit den Familienmitgliedern eine Handlungsweise zu wählen, die auf Parteilichkeit schließen lässt. Sie warnt vor einer Einmischung zugunsten einer Seite. Sie befürchtet: Wenn sie sich entscheiden würde, für eine Seite Partei zu ergreifen, dann würde sie es sich mit der anderen Seite verderben. Sie hegt die Befürchtung, sich den eigenen Arbeitsprozess durch einseitige Einmischung zu erschweren. Sie betont: „Und ich muß [sic.] auch beide Seiten verstehen“<sup>2535</sup>.
- Die Krankenschwester verdeutlicht ferner: Wenn sie sich gefordert weiß, berufsmäßig Pflege unter der Bedingung einer konflikthaften Familienbeziehung zu leisten, dann zieht sie es im Allgemeinen vor, in der Interaktion mit den Familienmitgliedern eine Handlungsweise zu wählen, die auf Unparteilichkeit schließen lässt. Sie votiert einerseits für Nichteinmischung<sup>2536</sup>, andererseits für Vermittlungsversuche. Sie erklärt: Wenn man als Pflegekraft „ein bißchen [sic.] freundlich vermittelt“<sup>2537</sup>, dann erklärt man der einen Seite, dass man deren Position für verständlich hält<sup>2538</sup> und man dennoch findet, dass jene Seite auch die Position der anderen Seite „ein bisschen verstehen“<sup>2539</sup> muss.

Hat die Krankenschwester sich in der erzählten Zeit ungeachtet ihrer haltungsmäßigen Parteilichkeit in der Interaktion mit den Familienmitgliedern jedweder handlungsmäßigen Parteinahme enthalten? Deutlich wird: Handlungspräferenzen und Handlungspraxis können jederzeit auseinanderklaffen. Die Krankenschwester schildert: Sie habe eine im Familienkreis kursierende **Deutung** über die „Last“<sup>2540</sup> der Tochter kritisiert. Sie habe ausgewählte Familienmitglieder über die aus Sicht der Pflegekraft korrekte Deutung

---

<sup>2534</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>2535</sup> ebd.: 22.

<sup>2536</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>2537</sup> EPI5: 34.

<sup>2538</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>2539</sup> ebd.: 34.

<sup>2540</sup> EPI 5.2: 44; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

aufgeklärt. Sie berichtet, jene Familienmitglieder separat belehrt zu haben. Sie berichtet nicht, zu Zwecken der Belehrung eine Fallbesprechung unter Beteiligung aller Familienmitglieder anberaumt zu haben. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage wiederholt Versuche zur **Belehrung der Tochter** gestartet. Wie lassen sich jene Belehrungsversuche, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen<sup>2541</sup>?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat der Tochter unterstellt, die Versorgung ihrer Mutter als Belastung zu empfinden<sup>2542</sup>. Sie hat die Tochter angeregt, sich mit pflegenden Angehörigen zu vergleichen, einerseits mit **pflegenden Angehörigen im Allgemeinen**<sup>2543</sup>, andererseits mit einer **pflegenden Angehörigen im Besonderen**<sup>2544</sup>. Jenen Vergleich anregend, hat sie die Tochter belehrt, dass diese gegenwärtig keinen Anlass hat, die Versorgung ihrer Mutter als pflegebedingt belastend zu empfinden<sup>2545</sup>.
- Hat sie sie angeregt, den Vergleich mit pflegenden Angehörigen zu wählen<sup>2546</sup>, um ihre Belastung zu beurteilen<sup>2547</sup>, hat sie den Anspruch erhoben, im Beurteilungsprozess die pflegerischen Anforderungen als Beurteilungskriterium zu wählen und vom Kontext der Leistungserbringung zu abstrahieren: von den Besonderheiten einer Familienbeziehung, die sie als chronisch konflikthaft erlebt, und von den Besonderheiten eines Alltagslebens, das, wie sie weiß, von der Verpflichtung geprägt ist, zwei ältere Familienmitglieder zu versorgen.
- Hat die Krankenschwester kein Wort des Verständnisses für das der Tochter unterstellte Gefühl der "Belastung" gefunden? Denkbar ist: Die Krankenschwester hat die Möglichkeit gewählt, Verständnislosigkeit für das der Tochter unterstellte Gefühl der Belastung zu demonstrieren, und hat die Möglichkeit verworfen, sei es durch Anspielung auf die Besonderheiten jener Familienbeziehung, sei es durch Anspielung auf die Besonderheiten im Alltagsleben der Tochter, Verständnis für das der Tochter unterstellte Gefühl der Belastung zu artikulieren<sup>2548</sup>.

---

<sup>2541</sup> vgl.: ebd.: 30f.

<sup>2542</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2543</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2544</sup> vgl.: ebd.: 30f.

<sup>2545</sup> vgl.: ebd.: 30f.

<sup>2546</sup> vgl.: ebd.: 30f.

<sup>2547</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2548</sup> vgl.: ebd.: 35.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Den Vergleich mit pflegenden Angehörigen anregend, hat sie die Tochter über Belastungen in der häuslichen Pflege sowie über Anforderungen an die Belastbarkeit familiärer Pflegepersonen aufgeklärt<sup>2549</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Sie hat die Tochter über Belastungen in der häuslichen Pflege sowie über Anforderungen an die Belastbarkeit familiärer Pflegepersonen aufgeklärt, um die Tochter zu veranlassen, über ihre Belastung und über ihre Belastbarkeit zu reflektieren<sup>2550</sup>.
- Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester den Vergleich mit pflegenden Angehörigen genutzt, der Tochter zu verstehen zu geben, dass die Mitarbeit von pflegenden Angehörigen bei den Pflegeeinsätzen des Personals im Pflegefall der Normalfall ambulanter Pflege ist<sup>2551</sup>. Die Krankenschwester hat die Reflexion über Möglichkeiten künftiger Belastung vermutlich in dem Bestreben gefördert, die Tochter zu motivieren, das Gefühl zu relativieren, gegenwärtig belastet zu sein, und die Tochter zu motivieren, eine Entscheidung für oder wider die Fortsetzung der häuslichen Pflege im Pflegefall zu fällen<sup>2552</sup>.

Wie stellen sich jene Belehrungsversuche, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe der Tochter mitgeteilt, dass sich im Bestand der Fälle vielfach Patienten finden lassen, bei denen Einsätze mit zwei Helfern durchgeführt werden, praktisch drei Helfer Pflege leisten und die Angehörigen in der Zeit während der Einsätze Hilfe beim Waschen und Heben leisten. Die Tochter habe ausgerufen: „Um Himmels willen“<sup>2553</sup>. Sie habe der Tochter erklärt: „Sehen Sie, da haben Sie es noch gut gegen“<sup>2554</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe zu Zwecken der Belehrung einen der Tochter bekannten Fall aus dem Bestand der Fälle ausgewählt. Sie habe der Tochter erklärt: Das sei ein Pflegefall und jene pflegende Angehörige sei gefordert, einen wesentlich größeren Pflegeaufwand zu bewältigen als die Tochter. Sie habe der Tochter des Weiteren erklärt: „Von der Warte haben Sie es wirklich einfach“<sup>2555</sup>. Die Tochter habe eingeräumt: Im Prinzip hätte die sie belehrende Pflegekraft Recht<sup>2556</sup>.

---

<sup>2549</sup> vgl.: ebd.: 30f.

<sup>2550</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>2551</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2552</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>2553</sup> ebd.: 31.

<sup>2554</sup> ebd.: 31.

<sup>2555</sup> ebd.: 30.

<sup>2556</sup> ebd.: 31.

Die Krankenschwester berichtet: Sie habe nicht nur die Tochter, sondern auch ausgewählte Mitglieder des familialen Netzwerkes belehrt, wie die "Last" der Tochter aus Sicht der Pflege zu beurteilen ist. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe sich um **Aufklärung der Seniorin** bemüht. Sie habe wahrgenommen, dass die Seniorin befürchtet habe, der Tochter zur Last zu fallen. Die Krankenschwester erklärt ferner: Sie habe zwecks Aufklärung der Seniorin denselben Fall aus dem Bestand der Fälle ausgewählt, den sie zwecks Belehrung der Tochter benutzt habe, weil die Seniorin jenen Fall kenne. Die Krankenschwester schildert: Sie habe die Seniorin aufgefordert, sich die Situation vorzustellen, sie läge wie jener Fall im Bett und wäre bei jedweder Verrichtung im Rahmen der Alltagsbewältigung auf Hilfe angewiesen. Den angeregten Fallvergleich als Maßstab für die Beurteilung der Last der Tochter wählend, habe die Seniorin erklärt: „Dann falle ich meiner Tochter ja nicht so zur Last“<sup>2557</sup>. Sie habe ihrerseits der Seniorin zugestimmt: „Nein, also in meinen Augen nicht“<sup>2558</sup>.

- Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage auch die Seniorin angeregt, die Last der Tochter zu beurteilen, indem sie die pflegerischen Anforderungen als Beurteilungskriterium wählt und vom Kontext der Leistungserbringung abstrahiert, von den Besonderheiten der Familienbeziehung sowie von den Besonderheiten im Alltagsleben der Tochter<sup>2559</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Krankenschwester hat der Seniorin zu verstehen gegeben, dass der Prozess, der eingeleitet wird, um die Last der Tochter zu beurteilen, ein Deutungsprozess ist, der zu unterschiedlichen Deutungen führen kann. Die Krankenschwester hat die Last der Tochter als Ansichtssache definiert<sup>2560</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Seniorin ist mit Unterstützung der Krankenschwester zu der Ansicht gelangt, der Tochter nicht so zur Last zu fallen. Die Krankenschwester hat erklärt, jene mit ihrer Unterstützung erarbeitete Ansicht der Seniorin zu teilen, und hat auf die Möglichkeit verwiesen, dass die Tochter anderer Ansicht ist<sup>2561</sup>.

---

<sup>2557</sup> ebd.: 44.

<sup>2558</sup> ebd.: 44.

<sup>2559</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>2560</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2561</sup> vgl.: ebd.: 44.

- Denkbar ist erstens: Die Krankenschwester hat es in Gesprächen mit der Seniorin unterlassen, Verständnis für das der Tochter unterstellte Gefühl der Belastung zu artikulieren. Denkbar ist zweitens: Die Krankenschwester hat es in Gesprächen mit der Seniorin auch unterlassen, Verständnis für das der Tochter unterstellte Gefühl der Belastung einzufordern<sup>2562</sup>.

Hat die Krankenschwester in Gesprächen, die sie mit Mitgliedern der Familie geführt hat, nicht nur Kritik an ausgewählten Deutungen, sondern auch Kritik an ausgewählten **Handlungen** der Tochter geübt? Hat die Krankenschwester die Tochter belehrt, dass sie deren Art, ihre Mutter zu behandeln, als lieblos betrachtet und dass sie jene **Lieblosigkeit** missbilligt? Die Krankenschwester berichtet nicht, in Gesprächen mit der Tochter Kritik an jener Behandlungsweise geübt zu haben. Die Krankenschwester berichtet, in Gesprächen mit der Seniorin wiederholt Gelegenheit gehabt zu haben, Kritik an jener Behandlungsweise zu üben. Hat sie jene sich in Gesprächen mit der Seniorin bietenden Gelegenheiten genutzt, Kritik an jener Behandlungsweise zu artikulieren? Hat sie sich um **Aufklärung der Seniorin** bemüht? Wie lassen sich jene Gespräche mit der Seniorin, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie ist unterschiedlich verfahren. Einerseits hat sie es unterlassen, sich bietende Gelegenheiten zu nutzen, Kritik an jener Behandlungsweise zu artikulieren<sup>2563</sup>. Andererseits hat sie sich bietende Gelegenheiten genutzt, Kritik an jener Behandlungsweise deutlich werden zu lassen<sup>2564</sup>.
- Hat sie es unterlassen, sich bietende Gelegenheiten zu nutzen, Kritik an jener Behandlungsweise zu artikulieren, hat sie nach eigener Aussage zwar wahrgenommen, dass das Thema der Umgangsformen in der Kommunikation präsent ist, hat aber die Möglichkeit gewählt, einen Themenwechsel vorzunehmen, anstatt das in der Kommunikation präsente Thema zu behandeln<sup>2565</sup>.

---

<sup>2562</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2563</sup> vgl.: ebd.: 12f.

<sup>2564</sup> vgl.: EPI 5: 47.

<sup>2565</sup> vgl.: EPI 5.2: 12f.



- Hat sie sich bietende Gelegenheiten hingegen genutzt, Kritik an jener Behandlungsweise deutlich werden zu lassen, hat sie nach eigener Angaben die Möglichkeit gewählt, das in der Kommunikation präsente Thema der Umgangsformen auf verallgemeinernde Weise zu behandeln, vermutlich ohne ihre persönliche Haltung eigens zu explizieren<sup>2566</sup>.
- Hat die Krankenschwester in Gesprächen mit der Seniorin Verständnis für jene Behandlungsweise artikuliert und eingefordert: sei es unter Anspielung auf Belastungen der Tochter, die mit Besonderheiten jener Familienbeziehung und mit Besonderheiten im Alltagsleben der Tochter einhergehen können, sei es unter Anspielung auf die begrenzte Belastbarkeit der Tochter?
- Denkbar ist: Sie hat es in Gesprächen mit der Seniorin unterlassen, Verständnis für jene Behandlungsweise zu artikulieren. Denkbar ist ferner: Sie hat es in Gesprächen mit der Seniorin auch unterlassen, um Verständnis für jene Behandlungsweise zu werben. Sie hat vermutlich ausschließlich Verständnis für das Begehren signalisiert, mit Herzlichkeit behandelt zu werden<sup>2567</sup>.

Wie stellen sich jene Gespräche mit der Seniorin, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester berichtet einerseits: Wenn die Seniorin ihr „durch die Blume“<sup>2568</sup> zu verstehen gebe, dass sie es begrüße, dass sie sie mit Herzlichkeit behandle<sup>2569</sup>, dann wechsele sie das seitens der Seniorin angesprochene Thema der Herzlichkeit. Jene Entscheidung für den Themenwechsel erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Sie wechsele das seitens der Seniorin angesprochene Thema der Herzlichkeit, da sie befürchte, dass die Seniorin der Tochter erklärt: „Die Schwester lobt mich aber auch und du machst das nicht“<sup>2570</sup>. Die Krankenschwester berichtet andererseits: Wenn die Seniorin ihr zu verstehen gebe, dass sie „ein liebes Wort“<sup>2571</sup> begehre, dann verweise sie die Seniorin auf jenes Sprichwort über „ein liebes Wort zur rechten Zeit“<sup>2572</sup>. Es folge die wechselseitige Versicherung, um jenes Sprichwort zu wissen: „Das kenne ich auch“<sup>2573</sup>.

---

<sup>2566</sup> vgl.: EPI 5: 47.

<sup>2567</sup> vgl.: EPI 5.2: 47.

<sup>2568</sup> ebd.: 12.

<sup>2569</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>2570</sup> ebd.: 13.

<sup>2571</sup> EPI 5: 47.

<sup>2572</sup> ebd.: 47.

<sup>2573</sup> vgl.: ebd.: 47.

Die Aufmerksamkeit auf die Reisetätigkeit der Tochter lenkend, berichtet die Krankenschwester, sich in diversen Gesprächen zu jener **Freizeitaktivität** der Tochter geäußert zu haben. Hat die Krankenschwester die Tochter belehrt, dass sie deren Art der Freizeitgestaltung unter den gegebenen Umständen missbilligt? Die Krankenschwester berichtet nicht, sich in Gesprächen mit der Tochter bietende Gelegenheiten zur **Belehrung der Tochter** genutzt zu haben. Möglich ist: Die Krankenschwester hat in Gesprächen mit der Tochter keine Kritik an deren Freizeitaktivität geübt. Eine sich bietende, aber möglicherweise ungenutzt gebliebene Gelegenheit, Kritik zu üben, rekonstruierend, berichtet die Krankenschwester: Die Tochter habe geplant gehabt, an einem Ausflug der Landfrauen teilzunehmen. Deren Mutter sei am Vortag des geplanten Ausflugs gestürzt<sup>2574</sup>. Die Krankenschwester schildert: Die Tochter habe sie verständigt. Die Tochter habe ihr erklärt: „Sehen Sie, wenn ich weg will, dann macht sie mir einen Strich durch die Rechnung“<sup>2575</sup>. Die Krankenschwester schildert ferner: Sie habe den Eindruck gewonnen, dass die Tochter von ihr eine Entscheidung für oder wider die Teilnahme an der geplanten Fahrt des Landfrauenvereins erwartet habe<sup>2576</sup>. Sie habe der Tochter lediglich erklärt: Wenn die Tochter Sicherheit wünsche, dann solle sie den Hausarzt verständigen, eine ärztliche Untersuchung veranlassen und dann könne sie auf der Basis des Untersuchungsergebnisses eine Entscheidung fällen<sup>2577</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe die Tochter in der erzählten Zeit belehrt, dass eine Entscheidung für oder wider eine Teilnahme an der geplanten Fahrt allein Entscheidung der Tochter sei<sup>2578</sup>. Sie habe der Tochter weder zu einer Teilnahme geraten, noch habe sie von einer Teilnahme abgeraten. Sie habe die Tochter über die Möglichkeit aufgeklärt, im Entscheidungsprozess ein medizinisches Kriterium als Entscheidungshilfe zu benutzen<sup>2579</sup>. Jener Sturz hat nach Angaben der Krankenschwester auf Seiten der Seniorin keine objektivierbaren körperlichen Beeinträchtigungen, sondern eine Beeinträchtigung der subjektiven Befindlichkeit zur Folge gehabt<sup>2580</sup>. Die Krankenschwester schildert: Die Tochter habe sich für die Teilnahme an der Fahrt der Landfrauen entschieden. Bevor die Tochter an der Fahrt der Landfrauen teilgenommen habe, habe sie die Nachbarin gebeten, die Mutter zu beaufsichtigen<sup>2581</sup>. Die Krankenschwester betont: Die Tochter habe jenen Belehrungen Folge geleistet, die sie

---

<sup>2574</sup> vgl.: EPI 5: 25f; EPI 5.2: 21.

<sup>2575</sup> EPI 5.2: 20.

<sup>2576</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>2577</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>2578</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>2579</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>2580</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>2581</sup> vgl.: ebd.: 21.

ihr stets erteilt habe. Sie habe die Tochter stets belehrt: Wenn die Tochter sich entscheide, an einer Fahrt mit dem Landfrauenverein teilzunehmen, dann muss sie Sorge tragen, dass „jemand am Tag einmal guckt“<sup>2582</sup>.

Die Krankenschwester berichtet, in einem Gespräch mit dem Enkel der Seniorin, dem Sohn jener Tochter, Kritik an der Freizeitaktivität seiner Mutter geübt zu haben. Jenen Prozess der **Belehrung des Enkels** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Der Enkel habe die Auffassung vertreten, dass seine Mutter angesichts der mit den häuslichen Verpflichtungen verbundenen Belastung „ein bisschen Freizeit und ein Privatleben“<sup>2583</sup> brauche und dass seine Mutter eine Teilnahme an den Fahrten des Landfrauenvereins zu Zwecken ihrer Erholung benötige. Den Enkel belehrend, habe sie erwidert, dass seine Mutter „nicht mehr und nicht nur“<sup>2584</sup> an Fahrten des Landfrauenvereins teilnehmen könne. Den Enkel belehrend, habe sie ferner erklärt, dass sie eine Teilnahme an jenen Fahrten als Erholungsmaßnahme nur unter der Bedingung akzeptiere, dass die übrigen Familienmitglieder eine Teilnahme akzeptieren. Sie habe ihm zu verstehen gegeben: Sie kritisiere, dass seine Mutter jene Freizeitaktivität ohne Rücksicht auf den häuslichen Frieden realisiere<sup>2585</sup>.

Die Krankenschwester berichtet nicht, in Gesprächen mit der Seniorin Kritik an der Freizeitaktivität ihrer Tochter geübt zu haben. Die Krankenschwester hat in Gesprächen mit der Seniorin möglicherweise weder Verständnis für jene Freizeitaktivität bekundet, noch Verständnis für jene Freizeitaktivität eingefordert. Die Krankenschwester rekonstruiert eine Situation, die vermutlich zu bewältigen gewesen ist, als die Tochter den Plan, einen Ausflug mit den Landfrauen zu machen, entwickelt und realisiert hat. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage erfahren, dass die Seniorin Handlungen geplant und vollzogen hat, die einerseits eine Selbstschädigung und andererseits einer Schädigung der Tochter in Sachen Freizeitgestaltung zur Folge haben können. Hat die Krankenschwester jene Handlungsfolgen als Bezugspunkte für eine **Belehrung der Seniorin** gewählt? Wie lässt sich das Vorgehen der Krankenschwester **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester berichtet zwar, die Seniorin über die Möglichkeit einer mit einem Sturz verbundenen Selbstschädigung aufgeklärt zu haben. Sie berichtet aber nicht, die Seniorin über die Möglichkeit einer Schädigung der Tochter

---

<sup>2582</sup> ebd.: 32.

<sup>2583</sup> EPI 5: 50.

<sup>2584</sup> ebd.: 50.

<sup>2585</sup> vgl.: ebd.: 50.

aufgeklärt zu haben. Ein Sturz der Mutter kann Erholungschancen der Tochter beschneiden<sup>2586</sup>.

- Die Krankenschwester hätte die Seniorin belehren können, dass die Tochter ein Recht auf ein Privatleben und ein Recht auf Freizeit hat. Die Krankenschwester hätte die Seniorin auffordern können, auf jene Bedürfnisse nach Erholung Rücksicht zu nehmen<sup>2587</sup>.

Wie stellt sich das Vorgehen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet, dar? Die Krankenschwester schildert: Die Seniorin habe ihr, Wochen bevor die Tochter an einer Fahrt mit dem Landfrauenverein teilgenommen habe, erzählt, dass sie beabsichtige, das über eine steile Treppe erreichbare ehemalige Schlafgemach aufzusuchen. Sie habe ihrerseits die Seniorin unter Hinweis auf die Gefahr eines neuerlichen Sturzes vor einer Treppenbenutzung gewarnt. Die Tochter habe die Nachbarin anlässlich des geplanten Ausflugs mit dem Landfrauenverein gebeten, sich während ihrer Abwesenheit um die Seniorin zu kümmern. Nachdem sie die Zusage der Nachbarin erhalten habe, sei sie über das Wochenende mit dem Landfrauenverein verreist. Die Seniorin habe eine Situation, in der sie von der Nachbarin unbeaufsichtigt gewesen sei, für ihre Expedition genutzt<sup>2588</sup>. Die Nachbarin habe die Seniorin im Obergeschoß des Hauses vorgefunden und erklärt, dass deren Handlungsweise es ihr erschwere, wenn nicht gar verunmögliche, die Verantwortung zu übernehmen, für deren Sicherheit zu sorgen<sup>2589</sup>. Die Seniorin habe die Nachbarin „aus dem Haus geschmissen“<sup>2590</sup> mit den Worten: „Sie können bleiben, wo der Pfeffer wächst“<sup>2591</sup>.

#### 5.2.2.5.3. Die soziale Betreuung

Anzunehmen ist: Beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, haben soziale Betreuung geleistet. Die **Gemeinsamkeit** hat vermutlich nicht nur darin bestanden, dass sowohl die Angehörigen, als auch die Pflegekräfte einen Beitrag zur sozialen Betreuung der Seniorin geleistet haben. Die Gemeinsamkeit hat vermutlich auch darin bestanden, dass sich deren Beiträge jeweils durch Begrenztheit ausgezeichnet haben<sup>2592</sup>. Anzunehmen

---

<sup>2586</sup> vgl.: EPI 5.3: 16f.

<sup>2587</sup> vgl.: EPI 5.: 50.

<sup>2588</sup> vgl.: EPI 5.3: 16.

<sup>2589</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>2590</sup> ebd.: 16f.

<sup>2591</sup> ebd.: 16.

<sup>2592</sup> vgl.: EPI 5: 26; EPI 5.2: 34f.

ist: Der **Unterschied** hat darin bestanden, dass die Angehörigen Freizeit<sup>2593</sup> und die Pflegekräfte Arbeitszeit in soziale Betreuung investiert haben. Die Krankenschwester berichtet: Das Pflegepersonal habe die Zeit während der Pflegeeinsätze genutzt, um sowohl Pflege zu leisten, als auch Konversation zu betreiben<sup>2594</sup>. Es habe keineswegs eigens der sozialen Betreuung dienende Sozialbesuche eingeführt<sup>2595</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Sie habe sich nicht nur bemüht, auf beruflicher Basis **Gesellschaft** zu **leisten**, sondern sie habe auch versucht, auf beruflicher Basis Gesellschaft zu **organisieren**, um auf außerberuflicher Basis Gesellschaft leisten zu lassen. Sie habe in einem Gespräch mit der Tochter Möglichkeiten und Grenzen erkundet, die Enkel in stärkerem Ausmaß an der sozialen Betreuung ihrer Großmutter zu beteiligen. Jenes Gespräch hat sich nach Darstellung der Krankenschwester zu einem Streitgespräch entwickelt, in dem beide Parteien gegensätzliche Auffassungen vertreten haben und an den jeweils vertretenen Auffassungen festgehalten haben. Die Krankenschwester erzählt erstens: Die Tochter habe in jenem Gespräch die Meinung vertreten, den Enkeln sei es in Anbetracht ihrer beruflichen Belastung unmöglich, sich während ihrer Freizeit in stärkerem Maße zu engagieren, um ihre Großmutter zu betreuen. „Die sind beruflich angestrengt, die können nicht“<sup>2596</sup>. Die Krankenschwester erzählt zweitens: Sie habe der Auffassung der Tochter widersprochen. Sie habe die Ansicht vertreten, die berufliche Belastung einer Person sei kein Argument gegen deren Engagement während der Freizeit. Sich mit den Enkeln vergleichend, habe sie die eigene Person als Beweis für die Richtigkeit der eigenen Ansicht präsentiert. Sie habe erwidert: Sie sei ebenfalls beruflich eingespannt und sehe sich gleichfalls gefordert, auf Bitten zu reagieren, sich während ihrer Freizeit zu engagieren. Sie jedoch engagiere sich im Bedarfsfall. Sich mit den Enkeln vergleichend, habe sie der Tochter zu verstehen gegeben: Sie zeichne sich durch eine vergleichsweise höhere Bereitschaft aus, sich während ihrer Freizeit zu engagieren. Die Krankenschwester erzählt drittens: Die Tochter habe den gewählten Vergleich als unpassend kritisiert. Die Tochter habe die Meinung vertreten: Jenes Engagement der Pflegekraft sei kein Engagement aus Freiwilligkeit, sondern aus beruflicher Verpflichtung. „Das wäre mein Beruf“<sup>2597</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Die Krankenschwester betrachtet es als Selbstverständlichkeit, dass Angehörige älteren Familienmitgliedern nach Möglichkeit Gesellschaft leisten.

---

<sup>2593</sup> vgl.: EPI 5.2: 34.

<sup>2594</sup> vgl.: EPI 5: 26.

<sup>2595</sup> ebd.: 33.

<sup>2596</sup> EPI 5.3: 20.

<sup>2597</sup> vgl.: ebd.: 21.

#### 5.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? Die Krankenschwester berichtet, dass die Tochter die Hausarbeit geleistet hat<sup>2598</sup>. Die Krankenschwester berichtet nicht, dass die Tochter den Versuch unternommen hat, die Pflegekräfte zu bitten, Hilfe im Haushalt zu leisten. Anzunehmen ist: Die Pflegekräfte haben im Rahmen ihrer Pflegeeinsätze eine ausgewählte Tätigkeit verrichtet, die sich sowohl durch ihre Nähe zur Hausarbeit, als auch durch ihre Nähe zur Pflegearbeit auszeichnet. Sie haben nach Beendigung der Pflegearbeit vermutlich auf den Arbeitsplatz, d.h. auf Waschbecken und Badewanne, begrenzt bleibende Aufräumaktionen durchgeführt.

### 5.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung

Wie sehen die **Prognosen** über die Fallproblematik aus, die die Krankenschwester in der Zeit **vor** dem neuerlichen Sturz der Seniorin formuliert? Die Krankenschwester prognostiziert, sich auf den **Zustand der Seniorin** beziehend, dass deren Hilfebedarf für unbestimmte Zeit marginal bleiben<sup>2599</sup> und in unbestimmter Zeit steigen wird<sup>2600</sup>. Die Prognose über den **Zustand der Tochter** bleibt an die Prognose über den Zustand der Seniorin gebunden. Für die Zukunft jenen sich in der Erzählzeit abzeichnenden marginalen Hilfebedarf auf Seiten der Seniorin antizipierend, schließt die Krankenschwester die Möglichkeit einer Überforderung der Tochter durch die häusliche Pflege aus. Sie prognostiziert: Es wird für die Tochter problemlos machbar sein, ihrer Mutter beim Anziehen der Schuhe behilflich zu sein<sup>2601</sup>. Für die Zukunft steigenden Hilfebedarf auf Seiten der Seniorin antizipierend, unterstellt die Krankenschwester hingegen ein sich auf Seiten der Tochter erneut einstellendes Gefühl von Überforderung. Sie prognostiziert: Wenn die Seniorin als Folge eines wiederholten Sturzes eine körperliche Schädigung erleidet, dann wird sich der Zustand der Seniorin erneut verschlechtern<sup>2602</sup> und dann wird die Tochter sich erneut überfordert fühlen, da sie ihre Handlungsräume verengen<sup>2603</sup>.

---

<sup>2598</sup> vgl.: EPI 5: 37.

<sup>2599</sup> vgl.: EPI 5.2: 2.

<sup>2600</sup> vgl.: EPI 5: 34, 51; EPI 5.2: 2, 17.

<sup>2601</sup> vgl.: EPI 5.2: 17.

<sup>2602</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2603</sup> vgl.: ebd.: 20.

Wie sieht der **Plan** zur Bearbeitung der Fallproblematik aus, den die Krankenschwester in der Zeit **vor** dem neuerlichen Sturz der Seniorin unterhält? Die Krankenschwester plant, den unter der Bedingung marginalen Hilfebedarfs auf Seiten der Seniorin eingeleiteten **Abbau des formellen Pflegeprogramms** in zwei bis drei Wochen abgeschlossen zu haben<sup>2604</sup>. Gemäß dem Verfahrensschema für die Gestaltung von Einsätzen in Fällen, die aus dem Krankenhaus als halbwegs mobil in den ambulanten Pflegedienst übernommen werden, soll die Beteiligung des Pflegepersonals an der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung nicht beendet, sondern auf dem Niveau einer reduzierten Anzahl von Einsätzen aufrechterhalten bleiben<sup>2605</sup>. Die Krankenschwester lässt die Bereitschaft erkennen, ein auf Badehilfe zentriertes **formelles Pflegeprogramm fortzuführen**. Sie plant, im Falle einer Fortführung der Badehilfe das zwischenzeitlich auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation eingeführte Verfahren der finanziellen Selbstbeteiligung auf der Ebene des Einzelfalles einzuleiten<sup>2606</sup>. Sie unterstellt, dass die Einführung der finanziellen Selbstbeteiligung im Einzelfall abschreckend wirken wird und dass sich allenfalls eine Zustimmung zu Badeeinsätzen in zweiwöchentlichem Rhythmus erzielen lassen wird<sup>2607</sup>. Die Krankenschwester lässt ferner die Bereitschaft erkennen, das **Programm sozialer Betreuung auszubauen**. Die Krankenschwester plant erstens, den Zivildienstleistenden die kostenlosen Sozialbesuche leisten zu lassen<sup>2608</sup>. Sie beabsichtigt, der Seniorin, die alleine ist, ohne alleinstehend zu sein<sup>2609</sup>, ein speziell der Betreuung Alleinstehender dienendes Angebot zu eröffnen<sup>2610</sup>. Sie zeigt sich bereit, eine Regel über den Personaleinsatz nicht buchstabengetreu, sondern sinngemäß auszulegen: Alleinstehende Personen sind Personen ohne Familie. Sie betrachtet Personen ohne Familie als Personen, die von sozialer Isolation entweder bedroht oder betroffen sind. Zweitens plant die Krankenschwester den Versuch zu unternehmen, der Seniorin Besuche zu vermitteln, die Mitglieder des Altenclubs abstaten. Die Krankenschwester zieht die Möglichkeit in Betracht, dass der Plan, das Programm sozialer Betreuung auszubauen, scheitert. Auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation fehlt möglicherweise das Personal<sup>2611</sup>, das Sozialbesuche durchführen könnte<sup>2612</sup>. Auf Seiten

---

<sup>2604</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>2605</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>2606</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>2607</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>2608</sup> vgl.: EPI 5: 33.

<sup>2609</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>2610</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>2611</sup> vgl.: EPI 5.2: 38.

<sup>2612</sup> vgl.: EPI 5: 33.

der Mitglieder des Altenclubs fehlt möglicherweise die Bereitschaft, Besuche abzustatten<sup>2613</sup>.

- Die Krankenschwester erklärt: Die Seniorin sei sozial isoliert, könne kommunizieren und sei kein Pflegefall<sup>2614</sup>. Nach Auskunft der Krankenschwester ist die Seniorin ehemals Mitglied des Altenclubs gewesen<sup>2615</sup>. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Für die Mitglieder des Altenclubs sei es unproblematisch, im Fall jener Seniorin Kontaktpflege zu betreiben und zwecks Kontaktpflege einmal den Kontakt von Angesicht zu Angesicht zu wählen. Sie „können mit ihr noch etwas anfangen“<sup>2616</sup>. Die Krankenschwester vermutet: Sie wird bei dem Versuch, die Mitglieder des Altenclubs zu motivieren, der Seniorin Besuche abzustatten, auf Widerstand zu stoßen. Die Krankenschwester erklärt: Sie werde Widerstand nicht widerspruchlos hinnehmen. Die Krankenschwester betont: „Die stichel ich“<sup>2617</sup>. „Die kralle ich mir“<sup>2618</sup>.
- Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf einen zum Fallbestand zählenden zweiten Einzelfall. Die Krankenschwester erklärt: Jene Seniorin sei „ein hundertprozentiger Pflegefall“<sup>2619</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester ist jene Seniorin jahrelang Mitglied des Altenclubs gewesen. Die Krankenschwester betont: Keiner, der dem Altenclub als Mitglied angehöre, habe jene Seniorin besucht, nachdem sie pflegebedürftig geworden sei. Die Krankenschwester erzählt: Ihr sei „die Hutschnur gerissen“<sup>2620</sup>. Sie habe den Mitgliedern des Altenclubs gesagt: Sie verlange, dass sie in begrenztem Umfang Kontaktpflege betreiben, und sie fordere eine bestimmte Art der Kontaktpflege. Sie habe die Forderung erhoben, dass die Mitglieder des Altenclubs entweder den Kontakt von Angesicht zu Angesicht suchen oder den telefonischen Kontakt wählen. Die Mitglieder des Altenclubs haben es nach Aussage der Krankenschwester unterlassen, jener Forderung Folge zu leisten<sup>2621</sup>.

---

<sup>2613</sup> vgl.: EPI 5.2: 38.

<sup>2614</sup> ebd.: 39.

<sup>2615</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>2616</sup> ebd.: 39.

<sup>2617</sup> ebd.: 38.

<sup>2618</sup> ebd.: 39.

<sup>2619</sup> ebd.: 30.

<sup>2620</sup> ebd.: 38.

<sup>2621</sup> vgl.: ebd.: 39.



- Die Krankenschwester erklärt: Unter den Mitgliedern des Altenclubs seien Personen vertreten, die zwar rüstig, aber zur Kontaktpflege „zu faul“<sup>2622</sup> seien. Die Krankenschwester hegt nach eigener Darstellung den **Anspruch**: Ausgewählte Mitglieder des Altenclubs sollen einen Beitrag zur sozialen Betreuung ausgewählter Klienten des ambulanten Pflegedienstes leisten. Jene Mitglieder des Altenclubs, die sich durch ihre Rüstigkeit auszeichnen, sollen jenen Klienten des ambulanten Pflegedienstes, die sich durch ihre ehemalige Mitgliedschaft im Altenclub kennzeichnen lassen, in begrenztem Umfang Kontakt bieten. Sie sollen zur Kontaktpflege nach Möglichkeit den Kontakt von Angesicht zu Angesicht wählen<sup>2623</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat jenen Anspruch erhoben<sup>2624</sup>. Sie plant, ihn zu erheben. Sie hat eine **Verletzung jener Anspruchshaltung** erlebt. Sie befürchtet, eine wiederholte Verletzung jener Anspruchshaltung zu erleben<sup>2625</sup>. Sie findet für unterlassene Kontaktpflege kein Wort des Verständnisses. Sie blendet die Möglichkeit aus, dass Gefühle wie Antipathie und Angst informelle Kontaktpflege erschweren (können).

Die Krankenschwester erklärt: Sie habe die Fortführung der Betreuung auf dem Niveau einer reduzierten Anzahl von Einsätzen nutzen wollen, um die Bedarfsentwicklung auf Seiten der Seniorin durch das Personal selbst erkunden zu können<sup>2626</sup>, anstatt ausschließlich von der Mitarbeit des sozialen Netzwerkes abhängig zu sein<sup>2627</sup>. Sie sei unter der Bedingung künftig steigenden Hilfebedarfs auf Seiten der Seniorin zu einem **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** bereit gewesen<sup>2628</sup>. Hat die Krankenschwester den Angehörigen jene eigenen Prognosen und Pläne mitgeteilt? Die Krankenschwester äußert sich nicht.

Die Krankenschwester berichtet: Ihre Planungen seien durch den Lauf der Dinge überholt worden. Unerwarteter Weise sei es zu einer **Beendigung der häuslichen Pflege** gekommen. Die Seniorin habe infolge eines wiederholten Sturzes einen zweiten Schenkelhalsbruch erlitten. Die Phase der im Anschluss an die stationäre Behandlung eingeleiteten stationären Rehabilitation neige sich ihrem Ende zu. Die Tochter habe gebeten, die Pflegekräfte mögen die häusliche Pflege im Anschluss an die stationäre Rehabilitation neuerlich übernehmen. Denkbar ist: Die Krankenschwester hat unterstellt,

---

<sup>2622</sup> ebd.: 38.

<sup>2623</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>2624</sup> vgl.: ebd.: 30, 39.

<sup>2625</sup> vgl.: ebd.: 38f.

<sup>2626</sup> vgl.: ebd.: 7, 38.

<sup>2627</sup> vgl.: ebd.: 39f.

<sup>2628</sup> vgl.: ebd.: 34, 51.

dass die Seniorin nicht als Pflegefall aus der stationären Rehabilitation entlassen wird. Denkbar ist auch: Die Krankenschwester hat einer neuerlichen Übernahme der häuslichen Pflege zugestimmt<sup>2629</sup>. Wie soll verfahren werden, wenn in näherer oder fernerer Zukunft der Pflegefall eintritt? Gibt es eine Vereinbarung über das Verfahren im Pflegefall?

- Nach Ansicht der Krankenschwester kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Situation eintreten wird, in den Tag und Nacht Pflege zu leisten sein wird. Die Krankenschwester zieht vermutlich zwei Alternativen für die Bewältigung jener Extremsituation in Erwägung: die häusliche Pflege, wenn sich der Vorrang des familialen Netzwerkes realisieren lässt, und die Heimpflege, wenn sich der Vorrang des familialen Netzwerkes als nicht realisierbar erweist<sup>2630</sup>.
- Für die Krankenschwester steht zwar außer Frage, dass das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes in Anbetracht seiner organisationsstrukturell bedingt begrenzten Leistungsmöglichkeiten eine Tag und Nacht umfassende Pflege ohne vorrangige Beteiligung des familialen Netzwerkes auf Dauer nicht gewährleisten kann. Die Krankenschwester räumt aber ein, nicht zu wissen, ob die Tochter glaubt, dass sich im Pflegefall durch ein Tag und Nacht währendes Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes<sup>2631</sup> die Heimpflege vermeiden lässt<sup>2632</sup>.
- Die Krankenschwester vermutet: Wenn die Tochter keinen Ausweg mehr sieht, dann wird sie sich für eine Heimpflege entscheiden. Jene Vermutung begründend, erklärt die Krankenschwester: „weil die nicht so ein Verhältnis zueinander haben“<sup>2633</sup>. Die Krankenschwester ist erstens der Ansicht: Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter ist belastet und nicht belastbar. Die Krankenschwester ist zweitens der Ansicht: In Folge jenes belasteten und nicht belastbaren Verhältnisses ist eine Entscheidung für die Fortsetzung der häuslichen Pflege im Pflegefall unwahrscheinlich.
- Nach Meinung der Krankenschwester fehlt es der Tochter aufgrund jenes Verhältnisses an der Bereitschaft, Grundpflege zu leisten und ihr Privatleben den

---

<sup>2629</sup> vgl.: EPI 5.3: 11.

<sup>2630</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2631</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2632</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>2633</sup> ebd.: 20.

Anforderungen häuslicher Pflege unterzuordnen. Die Krankenschwester führt in der Erzählzeit ein Gedankenexperiment durch: Könnte sie persönlich die häusliche Pflege der eigenen Mutter übernehmen, wenn ein derartiges Verhältnis bestünde? Das Ergebnis jenes Gedankenexperimentes lautet: Wenn sie persönlich ein derartiges Verhältnis zur eigenen Mutter hätte, dann wäre es für sie ein bestenfalls schwer lösbares Problem, die häusliche Pflege zu übernehmen<sup>2634</sup>.

- Die Krankenschwester geht erstens von der Annahme aus, dass sich eine Heimpflege bei Pflegebedürftigkeit im Einzelfall auf Dauer nicht vermeiden lassen. Die Krankenschwester nimmt zweitens an, dass eine Heimpflege im Einzelfall „wahrscheinlich die beste Lösung sein wird“<sup>2635</sup>. Jene Annahme erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Im Falle eine Heimpflege könnten beide Seiten Handlungsspielräume gewinnen. Die Seniorin könnte verstärkt Kontakte knüpfen, die ihrer Aufmunterung dienen, und die Tochter könnte ihren Freizeitaktivitäten verstärkt nachgehen<sup>2636</sup>.

#### **5.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft**

Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung rekonstruierend, präsentiert die Pflegekraft die Arbeit im Falle einer Seniorin, die wegen eines bei einem Sturz erlittenen Schenkelhalsbruchs im Krankenhaus behandelt und im Anschluss an die stationäre Rehabilitation nicht als Pflegefall, sondern „in einem besseren Zustand“<sup>2637</sup> nach Hause entlassen worden ist. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat die Hoffnung gehabt, einen Pflegeerfolg erzielen zu können. Sie hat gehofft, dass sich relative Selbständigkeit beim Vollzug der Körperpflege wiederherstellen lässt<sup>2638</sup>. Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie unterstellt der Tochter, um „Mittel und Wege“<sup>2639</sup> zu wissen, häusliche Pflege zu organisieren, und den Willen zu haben, jenes Wissen um Mittel und Wege im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses einzusetzen<sup>2640</sup>. Die Pflegekraft macht ferner deutlich: Die Tochter hat in minimalem Umfang informelle Pflege geleistet. Die

---

<sup>2634</sup> vgl.: EPI 5.2: 11.

<sup>2635</sup> EPI 5.3: 19.

<sup>2636</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2637</sup> EPI 5: 11.

<sup>2638</sup> vgl.: EPI 5.2: 23.

<sup>2639</sup> EPI 5: 45.

<sup>2640</sup> vgl.: ebd.: 45.

Pflegekraft sieht sich im Falle einer Seniorin engagiert, der sie prophezeit, im Pflegefall keine Chance auf informelle Pflege zu haben: Sie unterstellt der Tochter, „ein Vereinsmensch“<sup>2641</sup> zu sein und es bei der Behandlung der Mutter an Liebe fehlen zu lassen<sup>2642</sup>. Sie glaubt: Eine **Heimpflege** wird sich im Pflegefall nicht vermeiden lassen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft fühlt sich im Falle einer Seniorin engagiert, die für sie „**kein Pflegefall**“<sup>2643</sup> ist, sondern einen **Fall von sozialer Isolation** verkörpert. Sie registriert eine **Kumulation von Problemen**: Sie begegnet einerseits einer Seniorin, die „oft alleine“<sup>2644</sup> ist, ohne alleinstehend zu sein, die multimorbid ist, sich mittels Gehgestell fortbewegt<sup>2645</sup>, eine künstliche Hüfte hat und gehbehindert ist<sup>2646</sup>, die rheumakrank ist und an einer Kreislauferkrankung leidet, die möglicherweise die mit jener Gelenkerkrankung und Gehbehinderung einhergehenden Einbußen an körperlicher Beweglichkeit verschärft. Sie begegnet andererseits einer Tochter, der sie unterstellt, sich belastet zu fühlen. Sie konstatiert die Konflikthaftigkeit jener Familienbeziehung. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Die Seniorin hat im Verlauf der Fallbearbeitung zwei weitere Stürze erlitten. Der erste Sturz ist folgenlos geblieben. Als Folge des zweiten Sturzes hat die Seniorin einen zweiten Schenkelhalsbruch erlitten<sup>2647</sup>.

## 5.4.1. Handlungsbedingungen

### 5.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Deutlich wird: **Bedürfnisse** existieren nicht nur auf Seiten der Seniorin, sondern auch auf Seiten der Angehörigen.<sup>2648</sup> Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung bei der Versorgung der Seniorin um Sicherstellung der Körperpflege und um Wiederherstellung relativer Selbständigkeit bei der Körperpflege bemüht gewesen. Sie ist vermutlich bestrebt gewesen, einer Verschlechterung des Zustands der Seniorin vorzubeugen. Es besteht Sturzgefahr.<sup>2649</sup> Anzunehmen ist: Die Pflegekraft unterstellt **der Seniorin** ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Anzunehmen ist ferner: Sie nimmt wahr, dass das auf Seiten der Seniorin

---

<sup>2641</sup> ebd.: 2.

<sup>2642</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>2643</sup> ebd.: 46; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2644</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>2645</sup> vgl.: EPI 5.2: 28.

<sup>2646</sup> vgl.: EPI 5: 23.

<sup>2647</sup> vgl.: EPI 5.3: 11.

<sup>2648</sup> siehe Kapitel 5.2.1.1.; Kapitel 5.2.1.2. und Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2649</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2.; Kapitel 5.2.2.3. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

bestehende Bedürfnis nach sozialer Bindung, das Bedürfnis nach „Liebe“<sup>2650</sup> und „Gesellschaft“<sup>2651</sup>, in der Beziehung zur Tochter unbefriedigt bleibt. Die Pflegekraft hat der Seniorin nach eigener Darstellung den Wunsch nach Wiedererlangung relativer Selbstständigkeit bei der Körperpflege unterstellt. Jener Wunsch verweist auf Bedürfnisse nach sozialer Bindung, sozialer Anerkennung und Sicherheit. Das Engagement **der Angehörigen** ist für die Pflegekraft keine unbekannte Größe. Nach Auskunft der Pflegekraft hat die Tochter in der Vergangenheit über Jahre den kranken Ehemann gepflegt<sup>2652</sup>. Jenes pflegerische Engagement lässt auf ein Bedürfnis nach Erholung von häuslicher Pflege schließen. Nach Angaben der Pflegekraft ist die Tochter in der Gegenwart gefordert, zwei ältere Familienmitglieder zu versorgen: ihre Mutter und ihre Schwiegermutter. Nach Aussage der Pflegekraft engagiert die Tochter sich während ihrer Freizeit „viel im Landfrauenverein“<sup>2653</sup>. Nach Darstellung der Pflegekraft nimmt die Tochter während ihrer Freizeit auch an Fahrten des Landfrauenvereins teil. Die Pflegekraft ist der Auffassung: Die Tochter hat nach dem Tod des Ehemannes durch jene Art der Freizeitgestaltung „ein bißchen [sic.] Halt gesucht“<sup>2654</sup>. Jene Art der Freizeitgestaltung verweist möglicherweise nicht nur auf ein Bedürfnis nach Erholung, sondern auch auf ein Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und auf ein sich in außerfamiliären Beziehungen niederschlagendes Bedürfnis nach sozialer Bindung. Die Pflegekraft nimmt einerseits **Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln**, andererseits **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahr.<sup>2655</sup> Den **auf Seiten der Seniorin** bestehenden Hilfebedarf prüfend, registriert sie einen geringen Bedarf an Pflege. Sie erkennt keinen Bedarf an formeller Pflege am Wochenende an. Sie ist in der Anfangszeit der Auffassung gewesen: Zwecks Sicherstellung der Körperpflege bedarf es der formellen Pflege an allen verbleibenden Wochentagen. Im Verlauf der Zeit ist sie zu der Auffassung gelangt: Die Anzahl der Einsatztage pro Woche lässt sich reduzieren. Sie stellt nicht nur Bedarf an Pflege, sondern auch Bedarf an sozialer Betreuung fest. Den **auf Seiten der Angehörigen** bestehenden Hilfebedarf prüfend, erklärt die Pflegekraft zwar, der Ansicht zu sein, dass die Angehörige „ein bißchen [sic.] nervlich angeknackst“<sup>2656</sup> ist, erklärt aber nicht, der Auffassung zu sein, dass die Angehörige einer psychologischen Behandlung bedarf. Die Pflegekraft ist sich vermutlich bewusst: Die Angehörige bedarf einer befristeten Auszeit von Arbeit und Leben im häuslichen Kontext.

---

<sup>2650</sup> EPI 5: 36.

<sup>2651</sup> ebd.: 28.

<sup>2652</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>2653</sup> ebd.: 28.

<sup>2654</sup> EPI 5.2: 9.

<sup>2655</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2.; Kapitel 5.2.2.2.; Kapitel 5.2.2.4. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2656</sup> EPI 5.3: 19.

#### 5.4.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft nimmt die Existenz von **Familienbeziehungen** wahr.<sup>2657</sup> Sie weiß: Die Seniorin lebt mit ihrer einzigen Tochter zusammen in einem Haus. Die Enkelkinder wohnen am Ort. Aus Sicht der Pflegekraft mangelt es in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter nicht an **räumlicher Nähe**, sondern an **sozialer Nähe**: Nach Aussage der Pflegekraft ist die Mutter oft alleine, ohne alleinstehend zu sein<sup>2658</sup>. Nach Angaben der Pflegekraft nimmt die Tochter in Kauf, dass die Mutter weitgehend alleine bleibt, wenn sie an Fahrten des Landfrauenvereins teilnimmt<sup>2659</sup>. Nach Meinung der Pflegekraft mangelt es in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter auch an **emotionaler Nähe**: Die Tochter lässt es nach Aussage der Pflegekraft bei der Behandlung der Mutter an Liebe fehlen. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage auf Umwegen erfahren, dass die Tochter erklärt hat: „Sie kann ihrer Mutter keine Liebe geben“<sup>2660</sup>. Die Pflegekraft weiß um das Dominanzstreben der Mutter. Die Pflegekraft stuft die Beziehung zwischen Mutter und Tochter als „extrem“<sup>2661</sup> konfliktgeladen ein<sup>2662</sup>. Die Pflegekraft verweist auf eine „seit Urzeiten“<sup>2663</sup> konfliktgeladene Beziehung zwischen Mutter und Tochter.<sup>2664</sup>

Nach Darstellung der Pflegekraft ist das im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrnehmbare **familiale Engagement** vornehmlich ein Engagement der im Haus lebenden Tochter.<sup>2665</sup> Die Pflegekraft ist der Meinung: Die Tochter leistet Unterstützung weder auf Basis eines Gefühls von Liebe<sup>2666</sup>, noch auf Basis eines Gefühls von selbstverständlicher Verpflichtung. Die Tochter leistet Unterstützung auf Basis des Gefühls einer leidigen Verpflichtung. Die Tochter betrachtet es als leidige Pflicht, die Mutter zu unterstützen.<sup>2667</sup> Die Tochter hat sich nach Aussage der Pflegekraft zwar an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt, ist nach Auskunft der Pflegekraft aber an der **Produktion von Pflegeleistungen** (weitgehend) unbeteiligt geblieben. Aus Sicht der Pflegekraft besteht Veranlassung, das familiäre Engagement zu beanstanden. Die Pflegekraft registriert **Qualitätsmängel**.<sup>2668</sup> Die Tochter hat es nach Aussage der Pflegekraft im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses anfänglich an Mitarbeit fehlen lassen. Die Tochter hat es nach Auskunft der Pflegekraft

---

<sup>2657</sup> siehe Kapitel 5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2658</sup> vgl.: EPI 5: 28.

<sup>2659</sup> vgl.: EPI 5.3: 16.

<sup>2660</sup> EPI 5: 25.

<sup>2661</sup> EPI 5.2: 40.

<sup>2662</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>2663</sup> ebd.: 29.

<sup>2664</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2665</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2666</sup> vgl.: EPI 5: 25.

<sup>2667</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2668</sup> siehe Kapitel 5.2.2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

in der Anfangszeit unterlassen, sich als Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen<sup>2669</sup>. Nach Ansicht der Pflegekraft ist nicht von einer **Belastung** der Tochter, sondern von einer Überforderung der Tochter auszugehen: von einer Überforderung psychischer Art.<sup>2670</sup>

#### 5.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Es besteht die Möglichkeit, dass das Pflegepersonal im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** auch in Fällen mit geringem Pflegebedarf übernimmt. Die Möglichkeiten, formelle Pflege zu leisten, sind aber auch in Fällen mit geringem Pflegebedarf nicht unbegrenzt. Deutlich wird: Eine auf den Körper der zu pflegenden Person zentrierte Pflege umfasst gegebenenfalls die Körperpflege. Sie lässt sich einerseits als Ganzkörperpflege, andererseits als Teilkörperpflege einrichten. Hilfe bei der Körperpflege kann sowohl Hilfe beim Waschen, als auch Hilfe beim Baden bedeuten. Sie lässt sich mit Hilfestellungen beim Ankleiden verbinden. Deutlich wird ferner: Die **Einsatztage pro Woche** unterliegen Einschränkungen. Pflegeeinsätze am Wochenende sind für den Notfall reserviert<sup>2671</sup>. Die Pflegekraft macht unter Umständen von der Möglichkeit Gebrauch, die Einsatztage pro Woche zu reduzieren, und behält sich die Möglichkeit vor, eine eingeleitete Reduktion gegebenenfalls rückgängig zu machen. Die Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag** lässt sich nicht beliebig erhöhen: Die Pflegekraft betrachtet einen Einsatz pro Einsatztag als normal. Nicht nur die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag, sondern auch die **Zeit pro Einsatz** unterliegt Beschränkungen: Einsätze von dreißig Minuten Dauer erweisen sich im Einzelfall als machbar. Einsätze, die Tag und Nacht dauern<sup>2672</sup>, wären nicht machbar.<sup>2673</sup>

Auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **pflegenahe Leistungen** zu erbringen, unterliegen strukturell bedingten Begrenzungen. Deutlich wird: Das Pflegepersonal kann in begrenztem Umfang **pflegenahe Beratungsleistungen** übernehmen. Es kann im Falle einer sturzgefährdeten Patientin über Möglichkeiten der Sturzvermeidung aufklären und auf die Notwendigkeit von Sicherheitsmaßnahmen verweisen. Es kann im Falle

---

<sup>2669</sup> vgl.: EPI 5.2: 37.

<sup>2670</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2671</sup> vgl.: EPI 5: 46.

<sup>2672</sup> vgl.: EPI 5.3: 19.

<sup>2673</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2.; Kapitel 5.2.2.5.1. und Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

einer Patientin, die von sozialer Isolation betroffen ist, auf Möglichkeiten der Förderung von Sozialkontakt hinweisen. Im Falle einer psychisch überforderten Angehörigen könnte es zu einer psychologischen Behandlung raten. Es kann zwar Pflegeberatung leisten, hat aber keine Garantie dafür, dass Beratungsaktionen erwünscht sind und erfolgreich verlaufen.<sup>2674</sup>

Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes kann nach Darstellung der Pflegekraft in begrenztem Umfang ferner **pflegenahe Betreuungsleistungen** übernehmen: Es hat die Möglichkeit, in der Vormittagszeit Pflegeeinsätze durchzuführen, die als Einsätze definiert werden können, in denen zu pflegenden Personen Pflege **mit** Konversation geboten wird. Es hat ferner die Möglichkeit, in der Nachmittagszeit Sozialbesuche zu absolvieren<sup>2675</sup>, die sich als Einsätze definieren lassen, in denen zu pflegenden Personen Konversation **ohne** Pflege geboten wird, sofern sie sozial isoliert oder von sozialer Isolation bedroht sind. Zu unterstellen ist: Das Pflegepersonal hat seine Arbeitszeit vorrangig zur Durchführung von Pflegeeinsätzen zu reservieren, nicht aber primär zur Durchführung von Betreuungseinsätzen zu verwenden.<sup>2676</sup>

Nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten die zu pflegende Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, Angehörige zu unterstützen, sind strukturell bedingt begrenzt. Ein Pflegeeinsatz lässt sich nach Darstellung der Pflegekraft als Möglichkeit nutzen, Angehörige in begrenztem Umfang zu entlasten.<sup>2677</sup> Anzunehmen ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann kann das Pflegepersonal Angehörige eher in einer Phase geringen Pflegebedarfs als in einer Phase hohen Pflegebedarfs von jedweder Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen freistellen. Jene Freistellung lässt sich nicht nur als Beitrag zur Entlastung der Angehörigen, sondern auch als Beitrag zur Entlastung einer konfliktträchtigen Familienbeziehung interpretieren.

#### 5.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Die Verpflichtung zur **Pflegearbeit** kann nach Darstellung der Pflegekraft die Anforderung beinhalten, Pflegeleistungen zu verrichten, die auch Personen ohne Pflegeausbildung erbringen können: Hilfe beim Waschen, Baden und Ankleiden. Die Pflegekraft macht deutlich: Sie ist nicht verpflichtet, Wünsche nach formeller Pflege zu

---

<sup>2674</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.2. und Kapitel 5.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2675</sup> vgl.: EPI 5: 28.

<sup>2676</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.3. und Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2677</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



erfüllen, sondern sie hat die Pflicht, im Rahmen fachlicher Notwendigkeit und organisatorischer Möglichkeiten Bedarf an formeller Pflege zu decken.<sup>2678</sup> Die Pflegekraft verdeutlicht ferner: Sie ist nicht verpflichtet, Einsätze durchzuführen, nur um zu pflegenden Personen Gesellschaft zu leisten.<sup>2679</sup> Die Verpflichtung zur Pflegearbeit kann nach Angaben der Pflegekraft auch die Anforderung beinhalten, Pflege unter der Bedingung konflikthafter Familienbeziehungen zu leisten<sup>2680, 2681</sup>.

Zu der Verpflichtung, Pflegearbeit zu verrichten, gehört nach Darlegung der Pflegekraft auch die Verpflichtung, **Koordinationsarbeit** zu leisten. Im Prozess der Fallauswahl und Fallbearbeitung fallen diverse Fragen an, die die Möglichkeiten und Grenzen einer Sicherstellung der häuslichen Pflege berühren: Ist die Wiederherstellung relativer Selbständigkeit bei der Körperpflege eine realistische Zielsetzung? Lässt sich der Bedarf an Pflege durch informelle Pflege decken? Welche Aufgaben übernimmt die Angehörige? Welche Aufgaben nehmen die Pflegekräfte wahr? Was sind Zeiten formeller Pflege? Soll das formelle Pflegeprogramm beendet werden, wenn relative Selbständigkeit bei der Körperpflege wiederhergestellt ist? Unter welchen Umständen wäre eine Heimpflege angezeigt? Lassen sich die Sozialkontakte der Patientin fördern? Lässt sich die Sicherheit der Patientin durch den Ausbau von Sozialkontakten erhöhen? Koordinationsarbeit ist nach Angaben der Pflegekraft auch in der Interaktion mit der Angehörigen zu leisten. Sie weiß: Sie hat das Engagement der Angehörigen nach Möglichkeit mit dem Engagement des Pflegepersonals in Einklang zu bringen.<sup>2682</sup>

Die Verpflichtung zur Pflegearbeit ist auch mit der Verpflichtung zur **Fehlerarbeit** verwoben. Die Pflegekraft ist gefordert, Gefahren für Leib und Leben der Patientin nach Möglichkeit abzuwehren. Es gilt nach Möglichkeit zu vermeiden, dass die Patientin stürzt. Eine Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen kann sich für die Patientin als folgenschwer erweisen. Sie kann zu einer Überforderung der Patientin führen. Bei Überforderung besteht erhöhte Sturzgefahr. Ein Sturz kann sich allerdings jederzeit ereignen: nicht nur in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes, sondern auch in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen, zu Zeiten, in denen die Tochter im Hause ist, sowie zu Zeiten, in denen die Patientin allein im Haus verweilt.<sup>2683</sup> Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht ein **Recht auf Freizeit**, das sich beispielsweise am Wochenende realisieren lässt. Das Recht auf Freizeit am

---

<sup>2678</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2679</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2680</sup> vgl.: EPI 5.2: 40.

<sup>2681</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2682</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2.; Kapitel 5.2.2.1.; Kapitel 5.2.2.3.; Kapitel 5.2.2.5.1. und Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2683</sup> siehe Kapitel 5.2.1.1.; Kapitel 5.2.1.2.; Kapitel 5.2.2.5.1.; Kapitel 5.2.2.5.2. und Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Wochenende wird allerdings beschränkt, wenn sie wochenends verpflichtet ist, für Notfälle einsatzbereit zu sein.

#### 5.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Angehörige haben ein **Recht auf Freizeit**. Die Möglichkeiten, jenes Recht auf Freizeit zu verwirklichen, sind aber beschränkt, wenn ältere Familienmitglieder, in der Häuslichkeit lebend, der Pflege und Betreuung bedürfen.<sup>2684</sup> Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Im Anschluss an die stationäre Rehabilitation sollte die Pflege der Patientin im häuslichen Kontext fortgesetzt werden. Nicht der Krankenhaussozialdienst sondern die Angehörigen haben Kontakt aufgenommen, um den gemeindlichen Pflegedienst zu verständigen.<sup>2685</sup> **V2** Naheliegend ist die Vermutung: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen vor die Anforderung gestellt, an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** mitzuwirken.

- Die Pflegekraft hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten als Ansprechpartner fungieren<sup>2686</sup>. Sie sollen sich im Verlauf der Fallbearbeitung bemühen, den Kontakt mit dem Pflegepersonal zu pflegen. Kontaktpflege kann die Organisation des häuslichen Pflegeprozesses erleichtern.<sup>2687</sup>
- Die Pflegekraft ist der Auffassung: Wenn Angehörige in Zeiten der Pflegeeinsätze im Hause verweilen, steigen die Chancen, sich zeitnah mit ihnen über Probleme und Strategien der Problemlösung verständigen zu können. Halten Angehörige sich in Zeiten der Pflegeeinsätze hingegen außer Haus auf, erhöht sich die Gefahr, dass Familie und Pflegepersonal unkoordiniert „auf zwei Gleisen“<sup>2688</sup> handeln.
- Aus Sicht der Pflegekraft besteht für Angehörige in Zeiten der Pflegeeinsätze unter Umständen vermutlich Anwesenheitspflicht im Hause: sofern sie deren Anwesenheit nämlich als nötig und möglich definiert. Verlangt sie, dass

---

<sup>2684</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2.; 5.2.2.4. und Kapitel 5.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2685</sup> siehe Kapitel 5.2.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2686</sup> vgl.: EPI 5.2: 37.

<sup>2687</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. und Kapitel 5.2.2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2688</sup> EPI 5.2: 37.

Angehörige bei Anwesenheitspflicht zu jeder Zeit (Maximalforderung) oder zu ausgewählten Zeiten eines Einsatzes (Minimalforderung) im Hause anwesend sind? Sie legt sich nicht fest.

- Zu unterstellen ist: Aus Sicht der Pflegekraft ist es riskant, einen sturzgefährdeten Patienten „den ganzen Tag alleine“<sup>2689</sup> zu „lassen“. Sie ist vermutlich der Ansicht: Wenn sie in häuslichen Pflegearrangements einem sturzgefährdeten Patienten begegnet, dann sollen dessen Angehörige im Rahmen ihrer Möglichkeiten für dessen relative Sicherheit sorgen.
- Wenn ein sturzgefährdeter Patient in einem häuslichen Pflegearrangement lebt, dann können Angehörige aus Sicht der Pflegekraft gefordert sein, sich um die Organisation von informellem Sozialkontakt zu bemühen, damit in Zeiten der Abwesenheit von Angehörigen relative Sicherheit durch informellen Sozialkontakt gewahrt bleibt.<sup>2690</sup>

Angehörige haben sich aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen vermutlich auch in Phasen geringen Pflegebedarfs an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen, wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll. Anzunehmen ist: Angehörige sind nach Auffassung der Pflegekraft nicht unter allen Umständen gefordert, in der Zeit **während** der Einsätze des Pflegepersonals Hilfe zu leisten. Sie müssen der Pflegekraft beispielsweise nicht unbedingt beim Waschen und Ankleiden der zu pflegenden Person behilflich sein.<sup>2691</sup> Anzunehmen ist ferner: Angehörige sind nach Ansicht der Pflegekraft unter Umständen gefordert, in der Zeit **zwischen** den regulären Einsatzzeiten des Personals Pflegeleistungen zu übernehmen. Sie sollen zwischenzeitlich etwa Hilfe beim Ankleiden leisten, sofern die Pflegekraft es als nötig und möglich einschätzt.<sup>2692</sup> Sowohl Hilfe beim Waschen als auch Hilfe beim Ankleiden sind Pflegeleistungen, die aus Sicht der Pflegekraft theoretisch auch von Personen erbracht werden könnten, die keine Pflegeausbildung besitzen. Praktisch lässt sich die Übernahme jener Pflegeleistungen Angehörigen aus Sicht der Pflegekraft jedoch nicht unter allen Umständen abverlangen. Ist die Beziehung zwischen einem Angehörigen, der theoretisch informelle Pflege leisten könnte, und einem pflegebedürftigen Mitglied seiner Familie belastet, ist zu bedenken, dass die mit der Übernahme informeller Pflegeleistungen verbundene Belastung zu einer verstärkten Belastung jener familiären Beziehung führen kann. Soll die Pflege gleichwohl

---

<sup>2689</sup> EPI 5.3: 16.

<sup>2690</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2691</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2692</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

im häuslichen Kontext sichergestellt werden, bleiben Angehörige nach Auffassung der Pflegekraft vermutlich gefordert, informelle Pflegeleistungen zu übernehmen, sofern sie es für nötig und möglich hält.

#### 5.4.1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Jeder kann jederzeit versehentlich **Fehler** begehen: auch die Pflegekraft. Sie ist gefordert, **Fehlermöglichkeiten** in ihrer Heterogenität in Rechnung zu stellen. Sie kann jederzeit einen Deutungsfehler begehen. Deutungsfehler können Handlungsfehler zur Folge haben. Der **Wunsch nach formeller Unterstützung** ist als interpretationsbedürftige Größe anfällig für Deutungsfehler.<sup>2693</sup> Deutlich wird: Die Pflegekraft nimmt auf Seiten der Seniorin den Wunsch nach formeller Unterstützung im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege wahr. Deutlich wird ferner: Besonderheiten des Einzelfalles legen Deutungsalternativen nahe. Ist jener Wunsch als Ausdruck fehlender Fähigkeit zur Selbsthilfe bei der Körperpflege oder als Ausdruck fehlender Bereitschaft zur Selbsthilfe bei der Körperpflege auszulegen? Lässt er auf ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene, auf ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext oder auf ein Bedürfnis nach sozialer Bindung schließen? Auch der **Bedarf an formeller Unterstützung** ist als interpretationsbedürftige Größe für Deutungsfehler anfällig.<sup>2694</sup> Prozesse der Bestimmung des Bedarfs an Pflege im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege sind fehleranfällig. Welche Deutungsfehler sind denkbar? Der Bedarf an Hilfe beim Waschen kann einerseits überschätzt, andererseits unterschätzt werden. Welche Folgen können jene Deutungsfehler haben? Die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen kann zu einer Unterforderung mobilisierbarer Personen führen. Die Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Waschen kann eine Überforderung mobilisierbarer Personen zur Folge haben. Bei Überforderung besteht erhöhte Unfallgefahr. Die Pflegekraft ist nicht nur jederzeit gefordert, Fehlermöglichkeiten in Rechnung zu stellen, sondern kann auch jederzeit gefordert sein, **Fehlern als Faktum** Rechnung zu tragen. Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie selber hat anfangs den Fehler begangen, die körperliche Beweglichkeit der Seniorin zu unterschätzen, den Bedarf an Pflege im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege zu überschätzen (Deutungsfehler) und die Seniorin im Rahmen der Pflegearbeit zu unterfordern (Handlungsfehler).<sup>2695</sup>

---

<sup>2693</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. und Kapitel 5.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2694</sup> siehe Kapitel 5.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2695</sup> siehe Kapitel 5.2.2.4. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

### 5.4.2. Handlungsziele

Zu unterstellen ist das Bemühen der Pflegekraft im Rahmen ihrer Möglichkeit beizutragen, die **Lebensqualität** der Seniorin zu sichern: Der Seniorin soll ermöglicht werden, solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft weiß um Gefährdungspotentiale. Der körperliche Zustand der Seniorin kann sich jederzeit verschlechtern: Es besteht Unfallgefahr. Ein neuerlicher Sturz ist nicht auszuschließen. Er kann sich jederzeit ereignen.<sup>2696</sup> Ist das familiäre Engagement im Falle (extrem) gesteigerten Pflegebedarfs gefährdet? Die Pflegekraft unterstellt: Da die Beziehung zwischen Mutter und Tochter belastet und nicht belastbar ist, droht im Falle (extrem) gesteigerten Pflegebedarfs die **Vakanz der familialen Pflegerolle**.<sup>2697</sup> Wenn die familiäre Pflegerolle im Falle (extrem) gesteigerten Pflegebedarfs vakant bleibt, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege gefährdet.

- Anzunehmen ist: Aus Sicht der Pflegekraft ist die Gefahr, dass sich eine Heimpflege im Falle einer belasteten und nicht belastbaren Familienbeziehung nicht vermeiden lässt, in einer Phase **mit** gesteigertem Pflegebedarf größer als in einer Phase **ohne** gesteigerten Pflegebedarf. In einer Phase mit gesteigertem Pflegebedarf schwinden Möglichkeiten, auf informelle Pflege verzichten zu können.
- Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat sich ihr bietende Möglichkeiten, formelle Pflege ohne informelle Pflege zu leisten, in dem Bestreben ausgeschöpft, zu verhindern, dass es wegen der belasteten und nicht belastbaren Beziehung zwischen Mutter und Tochter zu einer Heimpflege in einer Phase ohne gesteigerten Pflegebedarf kommt. Sie vermutet, dass eine Heimpflege für beide Familienmitglieder im Falle (extrem) gesteigerten Pflegebedarfs „die beste Lösung sein wird“<sup>2698</sup>.

Zu unterstellen ist auch das Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern.<sup>2699</sup> Sicherheit für Leib und Leben der zu pflegenden Person soll soweit wie möglich gewährleistet werden. Eine Verschlechterung des körperlichen Zustands soll möglichst vermieden werden. Der körperliche Zustand soll nach Möglichkeit verbessert

---

<sup>2696</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2697</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2.; Kapitel 5.2.2.5.1. und Kapitel 5.3 aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2698</sup> EPI 5.3: 19.

<sup>2699</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. und Kapitel 5.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

werden. Selbständigkeit bei der Verrichtung der Körperpflege soll „soweit wie möglich“<sup>2700</sup> wiederhergestellt werden. Zu unterstellen ist ferner das Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern. Die Pflegekraft verdeutlicht: Eine Vergeudung eigener Arbeitskraft soll nach Möglichkeit vermieden werden. Hat sie keinen Wochenenddienst geleistet, da sie keine fachliche Notwendigkeit gesehen hat, Pflegeeinsätze am Wochenende zu absolvieren, hat sie eine Vergeudung eigener Arbeitskraft am Wochenende vermieden.<sup>2701</sup> Hat sie eine Vergeudung eigener Arbeitskraft auch an den verbleibenden Wochentagen verhindert? Sie ist nach eigener Darstellung zu der Auffassung gelangt: Rückblickend betrachtet, ist es eine Vergeudung eigener Arbeitskraft gewesen, nicht nur „die ersten paar Tage“<sup>2702</sup>, sondern die „ersten Wochen“<sup>2703</sup> täglich (außer samstags und sonntags) Pflegeeinsätze geleistet zu haben. Jene anfängliche Vergeudung eigener Arbeitskraft wäre nach Ansicht der Pflegekraft vermeidbar gewesen, hätte die Tochter es anfangs nicht an Unterstützung fehlen lassen.<sup>2704</sup> Die Pflegekraft macht deutlich: Erlangt ein Patient relative Selbständigkeit beim Vollzug der Körperpflege, lassen sich Pflegeeinsätze abbauen. Jener Abbau von Pflegeeinsätzen verschafft dem Pflegepersonal Entlastung. Die Pflegekraft favorisiert nach eigener Darstellung allerdings nicht die Beendigung, sondern die Aufrechterhaltung des formellen Pflegeprogramms: einstweilen auf dem Niveau eines Badeprogramms, das sich mit einem Einsatz im wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Rhythmus realisieren lässt, ohne die eigene Arbeitskraft übermäßig zu binden.<sup>2705</sup> Die Pflegekraft ist nach eigener Aussage bemüht gewesen, die **Qualität des Arbeitsklimas** nicht unnötig zu gefährden: Sie ist nach eigenen Angaben bestrebt gewesen, möglichst keinen Unfrieden zwischen den Familienmitgliedern zu schüren und möglichst keinen Unfrieden mit den Familienmitgliedern zu provozieren<sup>2706 2707</sup>.

---

<sup>2700</sup> EPI 5.2: 28.

<sup>2701</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2702</sup> EPI 5: 47.

<sup>2703</sup> EPI 5.2: 25.

<sup>2704</sup> siehe Kapitel 5.2.2.1. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2705</sup> siehe Kapitel 5.2.2.1. und Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2706</sup> vgl.: EPI 5.2: 29.

<sup>2707</sup> siehe Kapitel 5.2.2.3 und Kapitel 5.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

### 5.4.3. Handlungsstrategien

#### 5.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat, das formelle Pflegeprogramm einrichtend, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **begrenzt**.<sup>2708</sup> Sie hat sowohl die Arbeitszeiten als auch die Arbeitsleistungen beschränkt: Sie hat dreißig Minuten Zeit pro Einsatz reserviert. Sie hat jene Einsatzzeit erstens für jeweils einen Einsatz pro Einsatztag vorgemerkt: für einen Einsatz zur Vormittagszeit. Sie hat jene Einsatzzeit zweitens die ersten Wochen an allen regulären Einsatztagen (montags bis freitags) freigehalten. Sie hat die Anzahl der Einsatztage pro Woche nach Ablauf der ersten Wochen reduziert<sup>2709</sup>. Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen (Hilfe beim Waschen, Hilfe beim Baden, Hilfe beim Ankleiden) im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: mit pflegenahen Beratungsleistungen, mit pflegenahen Betreuungsleistungen (Konversation mit der Seniorin) und mit pflegenahen Hausarbeiten (Säubern des Waschbeckens und der Badewanne).<sup>2710</sup> Sie hat auch die Personalmenge pro Einsatz beschränkt: Sie hat ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz eingeplant.

Zu unterstellen ist ferner: Die Pflegekraft hat sich bemüht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **auf ein** aus ihrer Sicht **rechtes Maß** zu begrenzen.<sup>2711</sup> Sie hat **Bedarfsprüfungen** durchgeführt. Sie hat ihre Aufmerksamkeit im Prozess der Bedarfsprüfung auf den Auftrag konzentriert, bedingt Pflegearbeit zu leisten. Sie hat sowohl die Notwendigkeit als auch die Möglichkeit geprüft, formelle Pflege zu leisten. Sie ist vermutlich zu der Auffassung gekommen: Es ist sowohl nötig als auch möglich, Pflegeeinsätze zur Vormittagszeit einzurichten. Es ist möglich, aber unter den gegebenen Umständen unnötig, formelle Pflege am Wochenende zu leisten. Sie ist vermutlich bemüht gewesen, das Pflegepersonal **nur soweit** in der Pflegearbeit einzusetzen, wie sie es als **nötig und möglich** erachtet hat. Naheliegend ist die Vermutung: Die Pflegekraft hat im Verlauf der Fallbearbeitung **kontinuierlich** Bedarfsprüfungen durchgeführt. Bedarfsprüfung und Pflegearbeit im Rahmen der Pflegeeinsätze kombinierend, hat sie beständig die Notwendigkeit und Möglichkeit geprüft, **Veränderungen am formellen Pflegeprogramm** vorzunehmen. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage im Verlauf der Fallbearbeitung begonnen, das formelle

---

<sup>2708</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2709</sup> vgl.: EPI 5.2: 25.

<sup>2710</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.2.; Kapitel 5.2.2.5.3. und Kapitel 5.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2711</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2.; Kapitel 5.2.2.2.; Kapitel 5.2.2.4. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegeprogramm sukzessive abzubauen.<sup>2712</sup> Anzunehmen ist: Sie hat sowohl einen Abbau von Pflegezeiten als auch einen Abbau von Pflegeleistungen eingeleitet. Sie hat vermutlich nicht nur begonnen, die Anzahl der Einsatztage pro Woche zu reduzieren, sondern sie hat vermutlich auch angefangen, von einer Ganzkörperpflege auf eine Teilkörperpflege umzustellen und die Hilfestellungen weitestgehend auf Hilfe beim Ankleiden zu beschränken. Sie hätte die Einstellung der Hilfe beim Waschen nach eigener Aussage allerdings nicht zum Anlass genommen, das Pflegeprogramm zu beenden, sondern hätte fortgesetzt Hilfe beim Baden angeboten, um Kontakt pflegen, die Bedarfsentwicklung unabhängig von Familie beobachten und zeitnah auf steigenden Pflegebedarf reagieren zu können.<sup>2713</sup>

Die Pflegekraft hat vermutlich nicht nur selber Pflege geleistet, sondern hat auch Pflege leisten lassen: formelle Pflege im Personalwechsel<sup>2714</sup> und informelle Pflege.<sup>2715</sup>

Anzunehmen ist: Ein ausgewähltes Familienmitglied, die im Haushalt lebende Tochter, hat sich im Verlauf der Fallbearbeitung nicht nur an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Anzunehmen ist ferner: Jenes Familienmitglied hat nur in minimalem Umfang informelle Pflege geleistet. Die Tochter hat nicht in der Zeit während der Pflegeeinsätze, sondern in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen informelle Pflegeleistungen erbracht. Sie hat zwischenzeitlich Hilfe beim Ankleiden und als Ausnahme einmal Hilfe beim Waschen geleistet<sup>2716</sup>. Informellen Sozialkontakt teils organisierend, teils selber bietend, hat sie sich bemüht, relative Sicherheit auf Seiten der sturzgefährdeten Mutter zu gewährleisten. Die Pflegekraft hat sich auf den **Vorrang informeller Pflege** gestützt: in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen, nicht aber in der Zeit während der Pflegeeinsätze. Zu vermuten ist: Sie hat keine Notwendigkeit gesehen, die häusliche Pflege im Rahmen eines Pflegeeinsatzes durch gemeinsam geleistete formelle und informelle Pflege sicherzustellen. Sie hat es nicht als notwendig erachtet, sich im Rahmen eines Pflegeeinsatzes einer Zweitkraft zu bedienen. Zu vermuten ist ferner: Sie hat keinen Versuch unternommen, den Vorrang informeller Pflege auszubauen.<sup>2717</sup> Sie hat unter den gegebenen Umständen, d.h. in Anbetracht des belasteten Verhältnisses zwischen Mutter und Tochter, keine Möglichkeit gesehen, zwecks Sicherstellung der Körperpflege allein auf informelle Pflege zu bauen. Sie hat unter den gegebenen Umständen auch keine Möglichkeit gesehen, zwecks Sicherstellung der Körperpflege auf den Wechsel von formeller und informeller Hilfe beim Waschen zu setzen und formelle Hilfe beim

<sup>2712</sup> siehe Kapitel 5.2.2.4. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2713</sup> siehe Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2714</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2715</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2716</sup> vgl.: EPI 5: 25.

<sup>2717</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



Waschen an ausgewählten Einsatztagen durch informelle Hilfe beim Waschen zu ersetzen. Die Pflegekraft hat vermutlich versucht, die Angehörige an der Produktion von Pflegeleistungen zu beteiligen, soweit sie deren Beteiligung als **nötig und möglich** betrachtet hat.

Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Die Pflegekraft hat die Angehörige nicht nur Unterstützung leisten lassen, sondern hat der Angehörigen in begrenztem Maße auch Unterstützung geboten.<sup>2718</sup> Sie hat formelle Pflege geleistet und hat die Angehörigen für die Dauer eines Pflegeeinsatzes von informeller Pflege freigestellt. Sie hat die Pflege der zu pflegenden Person im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit einer Beratung der Angehörigen kombiniert, sofern sie deren Beratung als nötig und möglich erachtet hat.

#### **5.4.3.2. Strategien im Rahmen der Koordinationsarbeit**

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat, die Aufmerksamkeit auf den Auftrag konzentrierend, bedingt Pflegearbeit zu leisten, sowohl im Prozess der Fallauswahl, als auch im Prozess der Fallbearbeitung **Koordinationsarbeit** geleistet. In der Interaktion mit der Seniorin Koordinationsarbeit leistend, hat sie sich vermutlich vergewissert: Sind deren Kommunikationsleistungen entscheidungsrelevant? Lässt sich deren Einverständnis mit der Zielsetzung unterstellen, relative Selbständigkeit wiederherzustellen? In der **Interaktion mit der Angehörigen** Koordinationsarbeit leistend, hat sie sich vermutlich auch vergewissert: Sind deren Kommunikationsleistungen entscheidungsrelevant? Sie hat **kommunikative Leistungen der Angehörigen** in eigenen Entscheidungsprozessen wahrscheinlich bedingt berücksichtigt. Zu unterstellen ist: Sie hat im Rahmen der Fallauswahl zeitnah auf die wahrgenommene Bitte um formelle Unterstützung reagiert und hat zeitnah mit der Prüfung des Bedarfs an formeller Unterstützung begonnen.<sup>2719</sup> Sie hat den Bedarf an formeller Unterstützung nach eigener Aussage im Rahmen der Fallauswahl bei zwei Gelegenheiten geprüft. Anzunehmen ist erstens: Sie hat eine verkürzte Bedarfsprüfung vorgenommen, als der Enkel sie kontaktiert hat, um ein Hilfesuch zu formulieren, bevor die Patientin aus dem Krankenhaus entlassen werden sollte. Sie hat sich im Rahmen jener verkürzten Bedarfsprüfung darauf beschränkt, dessen Äußerungen auszuwerten. Anzunehmen ist zweitens: Am Entlassungstag hat sie eine erweiterte Bedarfsprüfung im häuslichen Kontext durchgeführt. Sie hat sich im Rahmen jener

---

<sup>2718</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. und Kapitel 5.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2719</sup> siehe Kapitel 5.2.1.1. und Kapitel 5.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

erweiterten Bedarfsprüfung auf Äußerungen der Patientin, auf Bemerkungen der Tochter und auf eigene Beobachtungen gestützt. Im Rahmen der Fallbearbeitung hat sie vermutlich unterstellt, sich auf die Einwilligung der Angehörigen berufen zu können, wenn sie für eine kontinuierliche Bedarfsprüfung sorgt. Sie hat vermutlich sowohl die Grundsatzentscheidung zur Fallübernahme, als auch die Detailentscheidungen zur Fallbearbeitung<sup>2720</sup> auf der Basis des eigenen Prüfverfahrens gefällt. Sie hat der Angehörigen **Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm** wahrscheinlich rechtzeitig mitgeteilt: soweit sie eine **Mitteilung** als opportun erachtet hat. Sie hat der Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm wahrscheinlich auch erläutert: soweit sie eine **Erläuterung** als opportun betrachtet hat. Nach eigenen Angaben hat sie der Angehörigen eine Erklärung für die Entscheidung wider die Übernahme des Wochenenddienstes angeboten. Sie hat im Rahmen jenes Erklärungsangebotes nach eigener Aussage Einblick in die **Bedingungen formeller Pflege** gewährt.<sup>2721</sup> Hat sie auch Einblick in die **Zielsetzungen formeller Pflege** geboten?<sup>2722</sup> Sie hat es der Angehörigen vermutlich überlassen, von Äußerungen über Möglichkeiten und Grenzen, relative Eigenständigkeit bei der Alltagsbewältigung wiederzuerlangen, auf das Ziel zu schließen, relative Eigenständigkeit beim Vollzug ausgewählter Alltagsaktivitäten wiederherzustellen.

Zu unterstellen ist: Mit der Angehörigen interagierend, hat die Pflegekraft sowohl **formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals**, als auch **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** als Kommunikationsthema gewählt. Sofern sie es für opportun gehalten hat, hat sie der Angehörigen Hinweise auf **Ansprüche** gegeben, die sie hinsichtlich der Gewährung informeller Unterstützung hat.

- Zu vermuten ist: Sie hat vor Beginn der Fallbearbeitung stillschweigend den Anspruch gehegt, dass die Angehörige, sich fortgesetzt an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligend, in Zeiten der Pflegeeinsätze als Ansprechpartner fungiert<sup>2723</sup>. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung jedoch die Verletzung jenes Anspruches erlebt. Daraufhin hat sie in der Interaktion mit der Angehörigen die verbale **Kommunikation** über den (verletzten) Anspruch **gesucht**, hat den Anspruch **aber** nicht offen formuliert. Sie hat vermutlich unterstellt: Die der Angehörigen gestellte Frage nach Möglichkeiten und Grenzen einer Korrektur der Alltagsorganisation lässt problemlos auf den jener

---

<sup>2720</sup> siehe Kapitel 5.2.1.1.; Kapitel 5.2.1.2.; Kapitel 5.2.2.4. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2721</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2722</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2723</sup> vgl.: EPI 5.2: 37.

Fragestellung zugrundeliegenden Anspruch schließen, dass die Angehörige in Zeiten der Pflegeeinsätze Ansprechbarkeit gewährleisten soll.<sup>2724</sup>

- Anzunehmen ist erstens: Die Pflegekraft hat die Angehörige nicht aufgefordert, unter den gegenwärtig gegebenen Umständen Hilfe beim Waschen zu leisten.<sup>2725</sup> Anzunehmen ist zweitens: Die Pflegekraft hat die Angehörige auch nicht aufgefordert, unter den gegebenen Umständen in Zeiten zwischen den Einsätzen des Personals Hilfe beim Ankleiden zu leisten. Sie hat jene Hilfestellung beim Ankleiden gleichwohl für selbstverständlich gehalten.<sup>2726</sup> Drittens ist von der Annahme auszugehen: Die Pflegekraft hat der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles gefordert sieht, sich verstärkt an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen.<sup>2727</sup>
- Zu vermuten ist: Sie hat in der Interaktion mit der Angehörigen die verbale **Kommunikation** über den Anspruch an informelle Pflege **gesucht**, den sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles hegen würde, hat den Anspruch **aber** wiederum nicht offen formuliert. Sich der Strategie des Fallvergleichs bedienend, hat sie die Angehörige über die Praxis informeller Pflege in Pflegefällen aufgeklärt. Sie hat möglicherweise unterstellt: Die Aufklärung über jene Handlungspraxis pflegender Angehöriger ist eindeutig und lässt problemlos auf den Anspruch schließen, mit dem sie jener Angehörigen im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles begegnen würde.

Die Pflegekraft weiß: Die Patientin ist nicht nur sozial isoliert, sondern auch sturzgefährdet. Ist die Patientin alleine<sup>2728</sup>, fehlt informeller Sozialkontakt, der relative Sicherheit erhoffen lässt. Die Pflegekraft hat der Angehörigen eigenem Bekunden nach zu verstehen gegeben, dass diese gefordert ist, im Rahmen ihrer Möglichkeiten für relative Sicherheit der sturzgefährdeten Patientin zu sorgen: Sie hat der Tochter nach eigener Aussage mitgeteilt, dass diese informellen Sozialkontakt zu organisieren hat, wenn sie gedenkt, an einer Fahrt mit dem Landfrauenverein teilzunehmen, damit in Zeiten ihrer Abwesenheit relative Sicherheit durch informellen Sozialkontakt gewahrt

---

<sup>2724</sup> siehe Kapitel 5.2.2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2725</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. und Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2726</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2727</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2728</sup> vgl.: EPI 5: 28.

bleibt<sup>2729</sup>.<sup>2730</sup> Sie hat nach eigenen Angaben im Gespräch mit der Tochter auch die Möglichkeiten und Grenzen erkundet, die Enkel zu engagieren, der Großmutter verstärkt informellen Sozialkontakt zu bieten.<sup>2731</sup> Die Pflegekraft befürchtet: Der ihrerseits geplante Versuch, Mitglieder des Altenclubs zu engagieren, der Patientin, einem ehemaligen Altenclubmitglied, Besuche abzustatten, scheitert an der mangelnden Bereitschaft der Mitglieder des Altenclubs, sich freiwillig zu engagieren.<sup>2732</sup>

Wie soll verfahren werden, wenn der Pflegefall eintritt? Hat die Pflegekraft, mit der Angehörigen interagierend, die Kommunikation über die **Zukunft des etablierten Unterstützungsarrangements** gesucht? Zu unterstellen ist: Zwar hat die Pflegekraft der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass sie für den Fall eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles auf den Ausbau informeller Pflege setzt.<sup>2733</sup> Zwischen dem Pflegepersonal und der Angehörigen ist aber keine Vereinbarung über das Verfahren im Pflegefall geschlossen worden.<sup>2734</sup>

In der Interaktion mit der Angehörigen hat sich vermutlich **nicht problemlos** Koordination leisten lassen. **Erklärungsmöglichkeiten** bestehen sowohl auf Seiten der Angehörigen als auch auf Seiten der Pflegekraft. Möglicherweise haben die Lebensumstände der Angehörigen, deren Verpflichtung zu doppelter Hausarbeit und deren konflikthafte Beziehung zu ihrer Mutter, die Koordination erschwert.<sup>2735</sup> Möglicherweise haben auch Gefühle der Pflegekraft die Koordination behindert. Die Pflegekraft hat vermutlich Ärger verspürt, dass die Angehörige es anfänglich an Mitarbeit im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses hat fehlen lassen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat sich durch jene mangelnde Mitarbeit der Angehörigen geschädigt gefühlt. Jenes Gefühl der Schädigung ist mit erlebter, als unnötig definierter Mehrarbeit assoziiert gewesen. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Sie hätte das formelle Pflegeprogramm eher abbauen können, hätte die Angehörige sich anfänglich in der Zeit während der Pflegeeinsätze als Kontaktperson<sup>2736</sup> zur Verfügung gestellt.<sup>2737</sup> Nicht auszuschließen ist: In jenes Gefühl von Ärger hat sich auch ein Gefühl von Neid gemischt. Die Pflegekraft hat einen Vergleich angestellt. Sie hat sich mit der Angehörigen verglichen. Vergleichskriterium ist der jeweilige Handlungsspielraum zur Organisation pflegefreier Zeit gewesen. Der Vergleich ist zu ihren Ungunsten ausgefallen. Sie hat der Angehörigen den Freiraum missgönnt, sich

---

<sup>2729</sup> vgl.: EPI 5.2: 32.

<sup>2730</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2731</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2732</sup> siehe Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2733</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2734</sup> siehe Kapitel 5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2735</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2736</sup> vgl.: EPI 5.2: 37.

<sup>2737</sup> siehe Kapitel 5.2.2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Freizeit zu verschaffen und während jener Freizeit zu verreisen.<sup>2738</sup> Nicht auszuschließen ist auch: Die Pflegekraft hat Wertvorstellungen, die sie selber in Bezug auf die Gestaltung von Familienbeziehungen unterhält, durch Handlungen und Handlungsweisen der Angehörigen verletzt gesehen und hat ein Gefühl von Antipathie gegen die Angehörige entwickelt.<sup>2739</sup>

#### 5.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Naheliegend ist die Vermutung: Um den Auftrag zu erledigen, bedingt Pflegearbeit zu verrichten, hat die Pflegekraft auch **Fehlerarbeit** geleistet. Sie hat sich vermutlich um **Fehlervermeidung** bemüht. Anzunehmen ist: Sie hat sich in Prozessen der Bedarfsbestimmung um die **Vermeidung eigener Deutungsfehler** bemüht. Sie ist, mit ausgewählten Familienmitgliedern interagierend, fortlaufend bestrebt gewesen, Daten zu sammeln, die Aufschluss über den Bedarf an (formeller) Pflege bieten können. Sie hat sich in Prozessen der Bedarfsbestimmung nicht nur auf Äußerungen ausgewählter Familienmitglieder verlassen, sondern hat sich auch auf eigene Beobachtungen gestützt. Die Patientin beim Vollzug der Körperpflege beobachtend, hat sie etwa versucht, das Ausmaß der Fähigkeit zu selbständiger Körperpflege zu erfassen. Wie ist sie im Prozess der Bestimmung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen verfahren? Sie macht deutlich: Um die Fähigkeit der Patientin einzuschätzen, sich selbständig zu waschen, hat sie ein differenziertes Beurteilungsschema gewählt, das die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit zu selbständigem Waschen unterschiedlicher Körperpartien lenkt. Sie ist vermutlich bestrebt gewesen, den Bedarf an (formeller) Hilfe beim Waschen weder zu unterschätzen, noch zu überschätzen. Die Vermutung liegt nahe: Sie zieht im Zweifelsfall eine Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen einer Unterschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen vor.<sup>2740</sup> Anzunehmen ist: Sie hat auch an der **Vermeidung eigener Handlungsfehler** gearbeitet. Sie hat sich bemüht, Fehleinschätzungen des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen, sowohl die Unterschätzung als auch die Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen, zu vermeiden, um die Patientin im Prozess der Sicherstellung der Körperpflege weder zu überfordern, noch zu unterfordern. Sie verdeutlicht: Sie hat Pflegeleistungen und Pflegezeiten abgebaut, nicht ohne sich vergewissert zu haben, dass sie jenen Abbau des formellen Pflegeprogramms vornehmen kann, ohne

---

<sup>2738</sup> siehe Kapitel 5.2.1.2. und Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2739</sup> siehe Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2740</sup> siehe Kapitel 5.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

befürchten zu müssen, die Seniorin zu überfordern.<sup>2741</sup> Anzunehmen ist: Die Pflegekraft setzt Pläne, Pflegeleistungen und Pflegezeiten abzubauen, nicht ungeprüft um. Auf Basis der Annahme, dass die zu pflegenden Person zu selbständiger Körperpflege fähig ist, baut sie Pflegeleistungen und Pflegezeiten probeweise ab. Sie entscheidet sich auf Basis einer Auslegung des rekonstruierten Testverlaufes für oder wider den fortgesetzten Abbau von Pflegeleistungen und Pflegezeiten.

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur um Fehlervermeidung bemüht. Sie hat sich auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Fehler, den sie begangen hat. Wie hat sie auf die Erkenntnis reagiert, den Bedarf an formeller Hilfe beim Waschen überschätzt zu haben? Hat sie den Fehler im Rahmen der Pflegearbeit behandelt? Anzunehmen ist: Sie hat ihre Pflegepraxis verändert. Sie hat begonnen, die Unterforderung der Patientin im Prozess der Sicherstellung der Körperpflege zu beenden und hat den Abbau des formellen Pflegeprogramms eingeleitet.<sup>2742</sup> Hat sie den Fehler auch im Rahmen der Koordinationsarbeit behandelt? Anzunehmen ist: Mit der Angehörigen interagierend, hat sie die **Kommunikation über jenen Fehler vermieden**. Sie hat der Angehörigen vermutlich nicht erklärt, den Bedarf an formeller Hilfe beim Waschen überschätzt zu haben.

#### 5.4.4. Handlungsfolgen

Den Ausführungen der Pflegekraft kann entnommen werden: Das private Engagement der Familie und das berufliche Engagement der Pflegekräfte hat sich kombinieren lassen.<sup>2743</sup> Die Kombination ist jedoch eine Kombination besonderer Art gewesen. Die Angehörige hat sich zwar weiterhin an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligt, hat aber eine (weitergehende) Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen zu vermeiden gesucht. Das Pflegepersonal hat sich nicht nur der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses gewidmet, sondern hat auch die Produktion von Pflegeleistungen übernommen. Die Angehörige und das Pflegepersonal haben die zu mobilisierende Person im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **gemeinsam** unterstützt: sei es durch ein Engagement im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sei es durch ein Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Nach Ansicht der Pflegekraft ist die Wiederherstellung relativer

---

<sup>2741</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2742</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2743</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Selbstständigkeit bei der Körperpflege<sup>2744</sup> eher als Folge eines Engagements der Angehörigen, denn als Folge eines Engagements des Pflegepersonals auszulegen.<sup>2745</sup> Haben sich die Angehörige und das Pflegepersonal im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege auch **wechselseitig** unterstützt? Die Pflegekraft ist der Meinung: Das Pflegepersonal hat einen organisationsstrukturell bedingt begrenzten Beitrag zur **Entlastung der Angehörigen** geleistet. Sie ist vermutlich auch der Meinung: Die Belastung des Pflegepersonals wäre teilweise vermeidbar gewesen, hätte die Angehörige es in der Anfangszeit nicht an Unterstützung fehlen lassen. Aus Sicht der Pflegekraft hätte die Angehörige anfänglich vermutlich stärker zur **Entlastung des Pflegepersonals** beitragen können und sollen.<sup>2746</sup> Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft ist der Auffassung, angesichts der strukturell bedingt begrenzten Möglichkeiten des Pflegepersonals, Pflege zu leisten, sinken die Chancen, die Pflege im Pflegefall im häuslichen Kontext sicherstellen zu können, wenn im Pflegefall keine informelle Pflege erbracht wird.

## 6. Die sechste Episode: Eine Tochter, die nach Ansicht der Pflegefachkraft „ein gutes Verhältnis zum Bürgermeister“ hat und es bei der Behandlung ihrer Mutter an „Liebe“ fehlen lässt

### 6.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes

Die Krankenschwester berichtet<sup>2747</sup>: Die Seniorin (76 Jahre) sei verwitwet. Sie habe zwei Töchter. Beide Töchter seien verheiratet und haben selber wiederum jeweils mehrere Kinder. Zumindest eine Tochter habe auch Enkelkinder<sup>2748</sup>. Die Seniorin lebe alleine in

<sup>2744</sup> vgl.: EPI 5.2: 23.

<sup>2745</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2746</sup> siehe Kapitel 5.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>2747</sup> Bei der sechsten Episode handelt es sich um die Episode mit der Kennziffer 138. Der männliche Feldforscher hat zur sechsten Episode drei Episodeninterviews durchgeführt. Er hat im Rahmen des Eingangsgesprächs (23.11.1988) beide Pflegekräfte befragt: die Krankenschwester (A1) und die Krankenpflegehelferin (A2). Das Eingangsgespräch hat zwei Stunden und fünfzig Minuten gedauert. Er hat im Rahmen sowohl des fünfzehnminütigen Zweitgesprächs (1.12.1988) als auch des vierzigminütigen Abschlussgesprächs (30.1.1989) ausschließlich die Krankenschwester befragt. Die Abkürzungen für die Episodeninterviews lauten: EPI 6 für das Eingangsgespräch zur sechsten Episode und EPI 6.2 für das zweite Gespräch zur sechsten Episode und EPI 6.3 für das Abschlussgespräch zur sechsten Episode. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die sechste Episode zu kennzeichnen, werden Bedingungen vorgestellt, die die Krankenschwester auf Seiten des familialen Netzwerkes wahrnimmt. Die Krankenschwester erklärt erstens: Sie nehme an, dass der Seniorin „von der Tochter gar nicht so eine Liebe entgegengebracht“ (EPI 6.2: 6) wird. Die Krankenschwester erklärt zweitens: Sie habe erfahren, dass die Tochter über „ein gutes Verhältnis zum Bürgermeister“ (EPI 6 A1: 38) verfügt.

<sup>2748</sup> vgl.: EPI 6 A1: 44.

einem Haushalt. In demselben Haus lebe eine Tochter mit Ehemann und Kindern<sup>2749</sup>. Jene im Haus lebende Tochter habe mindestens ein minderjähriges Kind<sup>2750</sup>. Die zweite Tochter wohne mit ihrer Familie in einem weit entfernt gelegenen Ort<sup>2751, 2752</sup>.

## 6.2. Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 6.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 6.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Die Vorgeschichte erzählend, rekurriert die Krankenschwester auf zwei Begebenheiten. Die Krankenschwester erzählt erstens: Der behandelnde Hausarzt habe der Seniorin eine formlose Bescheinigung ausgestellt. Er habe attestiert, dass sie zur Verrichtung der Morgentoilette zwei Stunden Zeit sowie zur Verrichtung der Abendtoilette anderthalb Stunden Zeit benötige. Er habe es unterlassen, eine medizinische Indikation auszuweisen<sup>2753</sup>. Die Krankenschwester erzählt zweitens: Die im Haus lebende Tochter habe vergeblich versucht, über eine Zeitungsanzeige eine Privatperson zu finden<sup>2754</sup>, welche ihrer Mutter morgens für zwei Stunden und abends für eine Stunde zwecks Konversation sowie zwecks Erledigung von „Hausarbeiten und so“<sup>2755</sup> zur Verfügung stehe. In der Erzählzeit bietet die Krankenschwester eine Erklärung für jenen Versuch der Tochter, eine Privatperson zu engagieren, sowie eine Erklärung für den Fehlschlag jenes Versuches an. Die Krankenschwester äußert erstens die Vermutung, dass jene im Haus lebende Tochter ein **Gefühl von Überforderung** verspürt hat. Sie erklärt: Sie vermute, die beständig an Harninkontinenz leidende Seniorin habe sich selber gewaschen und habe jene Tochter gebeten, sie zu schminken. Sie glaube, jener Tochter sei „alles ein bisschen zu viel geworden“<sup>2756</sup>: der Uringeruch, der die Wohnräume durchzogen habe, die Anforderung, die Windeleimer zu leeren, und die Anforderung, die Mutter zu schminken. Die Krankenschwester vermutet zweitens, dass jene im Haus

---

<sup>2749</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>2750</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>2751</sup> vgl.: EPI 6.2: 8.

<sup>2752</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiäre Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation.

<sup>2753</sup> vgl.: EPI 6 A1: 4.

<sup>2754</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>2755</sup> EPI 6 A2: 93.

<sup>2756</sup> EPI 6 A1: 13.



lebende Tochter einen **Wunsch nach Unterstützung** verspürt hat, versucht hat, Unterstützung zu organisieren, und sich bemüht hat, sich jenen Wunsch nach Unterstützung vorrangig durch private Unterstützung zu erfüllen. Sie unterstellt, dass jene Tochter erklärt hat: „Halt, bis hierher und nicht weiter“<sup>2757</sup>. Sie unterstellt ferner, dass jene Tochter anschließend eine Zeitungsanzeige aufgegeben hat. Der Anzeigentext hat nach Aussage der Krankenschwester gelautet: „Ich suche eine Privatperson zur Pflege meiner Mutter“<sup>2758</sup>. Die Krankenschwester hegt drittens die Vermutung, dass keine Bereitschaft zu privater Unterstützung bestanden hat. Sie berichtet: Sie glaube, entweder habe es keine Bewerber gegeben oder Bewerber haben sich gegen eine Übernahme der Pflege entschieden. Sie vermute, der Versuch, Pflege durch eine Privatperson leisten zu lassen, sei fehlgeschlagen, da Privatpersonen um die sie im Einzelfall erwartenden Anforderungen gewusst haben, befürchtet haben, sich zu überfordern, und eine Überforderung der eigenen Person haben vermeiden wollen<sup>2759</sup>. Die Krankenschwester äußert die Vermutung: Nach der Erfahrung, dass sich jener Wunsch nach Unterstützung nicht durch Engagement einer Privatperson hat erfüllen lassen, sind sie auf den Gedanken gekommen, die Pflegekräfte des gemeindlichen Pflegedienstes zu engagieren<sup>2760</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie sei seinerzeit, als die Pflegekräfte um Unterstützung gebeten worden seien, im Urlaub gewesen. Die Krankenpflegehelferin habe sie vertreten<sup>2761</sup>. Nach Aussage der Krankenpflegehelferin hat die Tochter ein unübliches Verfahren gewählt, um die **Bitte um formelle Unterstützung** vorzutragen. Die Krankenpflegehelferin erklärt: Im Normalfall werde das Personal der Sozialverwaltung verständigt, das seinerseits die Gemeindeschwester verständige. Die Tochter habe die Sekretärin des Bürgermeisters kontaktiert. Die Krankenpflegehelferin erzählt: Die Sekretärin des Bürgermeisters habe dem üblichen Verfahren gemäß einen Zettel in dem Fach hinterlegt, das auf der Stadt zu Zwecken einer Verständigung der Gemeindeschwester reserviert sei. Auf dem Zettel sei nicht nur zu lesen gewesen, dass die Pflegekräfte sich mit jener Familie in Verbindung setzen sollten, sondern es sei auch zu lesen gewesen, dass sie umgehend einen Hausbesuch durchführen sollten<sup>2762</sup>. Jenem Vermerk zufolge sei um ein Gespräch gebeten worden<sup>2763</sup>. Die Krankenpflegehelferin schildert: Die Sekretärin des Bürgermeisters habe sie vor Antritt des Erstbesuches persönlich auf den Anruf der Tochter angesprochen. Sie

---

<sup>2757</sup> ebd.: 13.

<sup>2758</sup> ebd.: 13.

<sup>2759</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>2760</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>2761</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>2762</sup> vgl.: EPI 6 A2: 36.

<sup>2763</sup> vgl.: ebd.: 39.

habe sie informiert, dass die Tochter mitgeteilt habe, „ihre Mutter bräuchte Hilfe beim Waschen“<sup>2764</sup>.

Die Krankenpflegehelferin erklärt: Sie habe nicht die Vormittagszeit, sondern die Nachmittagszeit als einen zur Durchführung des Erstbesuches geeigneten Zeitraum definiert. Da die Bitte um Unterstützung an einem Freitag vorgetragen worden sei, habe sie angenommen: Wenn die Körperpflege an den vorangegangenen Tagen ohne Hilfe der Pflegekräfte habe bewerkstelligt werden können, dann habe ein Erstbesuch Zeit bis zum Nachmittag. Da laut Vermerk um ein Gespräch gebeten worden sei, habe sie unterstellt: Eine Besprechung habe Zeit bis zum Nachmittag, Am Nachmittag sei die im Bestand der Fälle zu erledigende Pflegearbeit erledigt. Die Krankenpflegehelferin ist, die Bitte um formelle Unterstützung deutend, nach eigener Aussage zu der Auffassung gelangt: Es ist aus fachlicher Sicht nicht geboten, das etablierte Arbeitsprogramm zu unterbrechen, um auf die Bitte um Unterstützung zu reagieren. Es ist weder eine unverzügliche Bedarfsbestimmung, noch eine unverzügliche Bedarfsbearbeitung angezeigt<sup>2765</sup>.

Die Krankenpflegehelferin erzählt: Sie habe der Sekretärin mitgeteilt, sie werde den Erstbesuch zu einem Zeitpunkt durchführen, den sie für angezeigt halte. Die Sekretärin habe betont: Die Pflegekräfte sollten den Erstbesuch umgehend erledigen. Die Sekretärin habe erklärt: Zwischen dem Bürgermeister und der Familie bestehe ein gutes Verhältnis. Die Erwidern der Krankenpflegehelferin habe gelautet: „Jeder Patient wird von mir gleichbehandelt“<sup>2766</sup>. Der Erzählung der Krankenpflegehelferin ist erstens zu entnehmen: Die Sekretärin hat unter Andeutung auf die im Einzelfall mobilisierbaren Beziehungen zum Dienstherrn zu sofortiger Durchführung des Erstbesuches geraten. Sie hat dafür plädiert, im Einzelfall bei der Entscheidung über den Zeitpunkt des Erstbesuches außerfachlichen Kriterien den Vorrang vor fachlichen Kriterien zu geben. Der Erzählung der Krankenpflegehelferin kann zweitens entnommen werden: Die Krankenpflegehelferin selber hat sich im Gespräch mit der Sekretärin gegen eine Sonderbehandlung ausgesprochen. Sie hat sich stattdessen für eine Gleichbehandlung ausgesprochen und hat den Eindruck vermittelt, dass sie den Grundsatz der Gleichbehandlung beherzigt.

---

<sup>2764</sup> ebd.: 37.

<sup>2765</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>2766</sup> ebd.: 37.

### 6.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuches

Der **Erstbesuch der Krankenpflegehelferin** hat vermutlich an dem Tag stattgefunden, an dem die Tochter mit der Sekretärin des Bürgermeisters Kontakt aufgenommen hat. Unklar bleibt, ob die Krankenpflegehelferin das für den Vormittag vorgesehene Arbeitsprogramm eigens unterbrochen hat, um das Vorstellungsgespräch entgegen ihrer ursprünglichen Planung unverzüglich durchzuführen<sup>2767</sup>. Die Krankenpflegehelferin erklärt, sie sei den Erstbesuch mit dem **Ziel** angetreten: „Der werden wir es jetzt zeigen“<sup>2768</sup>. Sie ist nach eigener Aussage in der erzählten Zeit bestrebt gewesen, ein ausgewähltes Mitglied jener Familie zu belehren, dass allein die Pflegekräfte Entscheidungen über die Verwendung von Organisationsressourcen fällen und dass sie jene Entscheidungen ohne Ansehen der Person und ohne Ansehen mobilisierbarer Beziehungen zum Dienstherrn fällen. Sie unterlässt es in der Erzählzeit, das in der erzählten Zeit zu Zwecken der Belehrung ausgewählte Familienmitglied zu bestimmen. Zu vermuten ist: Die Krankenpflegehelferin hat speziell die Tochter belehren wollen, welche erklärtermaßen nicht den offiziellen Dienstweg gewählt hat, um die Bitte um formelle Unterstützung vorzutragen. In der Erzählzeit verkündet die Krankenpflegehelferin, das Ziel der Belehrung in der (Zeit nach der) erzählten Zeit nicht erreicht zu haben: „Aber komischerweise nachher hat sie es uns gezeigt“<sup>2769</sup>.

Die Krankenpflegehelferin schildert: Beim Erstbesuch seien sowohl die Seniorin, als auch deren Tochter anwesend gewesen<sup>2770</sup>. Die Tochter habe beim Vorstellungsgespräch erklärt: „Sie hätte nie gedacht, dass das so viel Arbeit ist, wenn man eine kranke Mutter hat“<sup>2771</sup>. „Das würde sie alles nicht so verkraften“<sup>2772</sup>. Nach Auskunft der Krankenpflegehelferin hat die Tochter, eine Selbsteinschätzung des eigenen **Zustandes** anbietend, erklärt, ein Gefühl von Belastung, wenn nicht gar ein Gefühl von (drohender) Überforderung zu verspüren. Die Krankenpflegehelferin berichtet zwar, der Auffassung gewesen zu sein, dass auf Seiten der Seniorin kein gravierender Pflegebedarf besteht. Sie berichtet aber nicht, jene eigene Einschätzung verkündet und jener Einschätzung der Tochter widersprochen zu haben<sup>2773</sup>.

Die Krankenpflegehelferin hat sich nach eigener Aussage gefordert gesehen, mit der Tochter über die **Aufgaben** und deren **Verteilung** zu kommunizieren. Den Ausführungen der Krankenpflegehelferin kann entnommen werden: Die Kommunikation

---

<sup>2767</sup> vgl.: EPI 6 A2: 36; EPI 6 A1: 39.

<sup>2768</sup> EPI 6 A2: 39

<sup>2769</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>2770</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>2771</sup> ebd.: 87.

<sup>2772</sup> ebd.: 87.

<sup>2773</sup> vgl.: ebd.: 87.

mit der Tochter hat sich als konfliktträchtig erwiesen. Es hat Konflikte um die Arbeitsleistungen des Personals gegeben. Es ist ferner zu Konflikten um die Arbeitszeiten des Personals gekommen: um die Anzahl der Einsatztage pro Woche, um die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag, um Beginn und Dauer der Einsätze. Wie lassen sich jene Konflikte um die Arbeitsleistungen und Arbeitszeiten des Personals, basierend auf den Ausführungen der Krankenpflegehelferin, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Angehörige hat nach Aussage der Krankenpflegehelferin den **Wunsch nach formeller Unterstützung** artikuliert. Den Ausführungen der Krankenpflegehelferin ist zu entnehmen: Die Angehörige hat versucht, Unterstützung durch die Pflegekräfte zu organisieren, um die Pflegekräfte Unterstützung leisten zu lassen. Sie hat Wünsche bezüglich der Arbeitsleistungen und Arbeitszeiten des Pflegepersonals geäußert<sup>2774</sup>.
- Hat die Krankenpflegehelferin **Bedarf an formeller Unterstützung** anerkannt? Die Krankenpflegehelferin ist vermutlich von zwei Annahmen ausgegangen. Zu vermuten ist: Die Krankenpflegehelferin hat angenommen, dass zwar Pflegebedarf besteht, dass aber keineswegs ein Pflegebedarf hohen Ausmaßes vorliegt<sup>2775</sup>. Zu vermuten ist ferner: Die Krankenpflegehelferin hat angenommen, dass wochenends kein Bedarf an formeller Pflege besteht<sup>2776</sup>.
- Anzunehmen ist: Die Krankenpflegehelferin sich bei der Ausgestaltung des Programms formeller **Bedarfsbearbeitung** um Einhaltung der Organisationsregeln bemüht. Sie hat es abgelehnt, ihrer Ansicht nach eindeutig als Verletzung der Organisationsregeln deutbare Wünsche der Angehörigen zu erfüllen<sup>2777</sup>, und sie hat die zwischen dem familialen Netzwerk und dem eigenen Dienstherrn bestehenden Beziehungen in Rechnung gestellt<sup>2778</sup>.
- Wie ist die Krankenpflegehelferin in der **Kommunikation** mit der Angehörigen verfahren? Die Krankenpflegehelferin hat sich nach eigener Darstellung bemüht, der Angehörigen zu verdeutlichen: Es ist nicht ihre Pflicht als Pflegekraft, Wünsche nach formeller Unterstützung zu erfüllen. Als Pflegekraft ist sie

---

<sup>2774</sup> vgl.: ebd.: 2, 28ff, 94f.

<sup>2775</sup> vgl.: ebd.: 87.

<sup>2776</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>2777</sup> vgl.: ebd.: 9, 28, 30, 94.

<sup>2778</sup> vgl.: ebd.: 26, 94.

ausschließlich verpflichtet, im Rahmen organisatorischer Möglichkeiten und sachlicher Notwendigkeiten Bedarf an formeller Unterstützung zu bearbeiten<sup>2779</sup>.

- Den Ausführungen der Krankenpflegehelferin ist zu entnehmen: Sie hat der Angehörigen ablehnende Entscheidungen nicht nur mitgeteilt, sondern auch begründet. Die Ablehnung begründend, hat sie die passende Organisationsregel expliziert, hat die Unverträglichkeit zwischen Wunsch und Regel betont und hat ihrer Reserviertheit Ausdruck verliehen, im Einzelfall von jener Organisationsregel abzuweichen<sup>2780</sup>.
- Nach eigener Aussage hat die Krankenpflegehelferin die Angehörige ferner zu einem Gedankenexperiment eingeladen. Sie hat nach eigener Auskunft versucht, die Angehörige im Rahmen jenes Gedankenexperimentes aufzuklären: Sie befürchtet, einen Präzedenzfall zu schaffen. Ein Präzedenzfall kann im Bestand der Fälle Begehrlichkeiten wecken. Jeder Einzelfall kann fortan Gleichbehandlung fordern und die Entscheidungsspielräume des Personals einschränken<sup>2781</sup>.

Wie stellen sich jene Konflikte um die Arbeitsleistungen und Arbeitszeiten des Personals, basierend auf den Ausführungen der Krankenpflegehelferin, **im Detail** betrachtet dar? Den **Prozess der Kommunikation über Arbeitsleistungen** rekonstruierend, lenkt die Krankenpflegehelferin die Aufmerksamkeit auf den Versuch der Tochter, den Pflegekräften zwei Aufgaben zu übertragen: Pflege<sup>2782</sup> und Hausarbeiten<sup>2783</sup>. Die Krankenpflegehelferin verdeutlicht, die Weigerung der Tochter erlebt zu haben, selber **Pflege** zu leisten<sup>2784</sup>. Jene Weigerung erlebend, hat die Krankenpflegehelferin vermutlich keinen Versuch gestartet, die Tochter zu beeinflussen, alleine oder im Wechsel mit den Pflegekräften Pflegeleistungen zu erbringen. Vermutlich hat sie unterstellt: Jedweder Versuch der Einflussnahme ist erfolglos. Anzunehmen ist: Die Weigerung der Tochter, sich in den Pflegeprozess einbinden zu lassen und Pflegeleistungen zu übernehmen, hat in der erzählten Zeit einen latenten Konflikt zwischen Krankenpflegehelferin und Tochter erzeugt. In der Erzählzeit erklärt die Krankenpflegehelferin erstens: Dass Angehörige es unterlassen, Pflege zu leisten, sei eine Erfahrung, die das Pflegepersonal normalerweise

---

<sup>2779</sup> vgl.: ebd.: 9, 28ff, 94.

<sup>2780</sup> vgl.: ebd.: 9, 28ff, 94.

<sup>2781</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>2782</sup> vgl.: ebd.: 2, 95.

<sup>2783</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>2784</sup> vgl.: ebd.: 2, 95.

"nicht" mache. Sie erklärt zweitens: „Es tut einem dadrin weh, weil in erster Linie ist der Patient dann der Benachteiligte“<sup>2785</sup>. Zu vermuten ist: Sie erlebt die Unterlassung informeller Pflege als Verletzung ihrer Wertvorstellung von innerfamiliärer Solidarität. Die Krankenpflegehelferin verdeutlicht ferner, den Versuch der Tochter wahrgenommen zu haben, den Pflegekräften ausgewählte „**Hausarbeiten**“<sup>2786</sup> zu übertragen. Anzunehmen ist: Jener Versuch der Tochter, den Pflegekräften ausgewählte Hausarbeiten zu übertragen, hat in der erzählten Zeit zu einem manifesten Konflikt zwischen Krankenpflegehelferin und Tochter geführt. Die Krankenpflegehelferin erzählt: Sie habe umgehend Widerstand signalisiert. Sie habe bekundet, dass sie zwar bereit sei, Grundpflege zu leisten, dass sie jedoch nicht bereit sei, Hausarbeiten zu erledigen. Die Ablehnung erläuternd, habe sie die Regel über die Aufgaben des Pflegepersonals expliziert. Sie habe die Tochter belehrt, dass es grundsätzlich nicht Aufgabe der Pflegekräfte sei, Hausarbeiten zu verrichten. Die Tochter habe „ein langes Gesicht gezogen“<sup>2787</sup>. Der Erzählung der Krankenpflegehelferin ist zu entnehmen: Die Tochter hat die geplante Beschränkung der Aufgabenstellung missbilligt und hat die Missbilligung nonverbal zum Ausdruck gebracht. Hat die Tochter der nonverbalen Missbilligung eine verbale Missbilligung folgen lassen? Hat sie sich nicht zu verbaler Missbilligung, sondern zu verbaler Billigung entschieden? Ist die Verständigung über die geplante Beschränkung der Aufgabenstellung brüchig geblieben? Die Krankenpflegehelferin äußert sich nicht<sup>2788</sup>.

Anzunehmen ist: Die Krankenpflegehelferin ist im **Prozess der Kommunikation über Arbeitszeiten** von der Entscheidung ausgegangen, das Arbeitsprogramm der Pflegekräfte auf die Pflege zu beschränken. Prozess und Resultat der Auseinandersetzung um die Anzahl der **Einsatztage pro Woche** rekonstruierend, erzählt die Krankenpflegehelferin: Sie habe sich erkundigt, ob Einsätze alle zwei Tage Zustimmung fänden. In der Erzählzeit die in der erzählten Zeit liegende Auswahl der Einsatztage erläuternd, erklärt sie: Das Pflegepersonal versuche, Einsätze in jedem Einzelfall entsprechend der etablierten Arbeitsroute durchzuführen. Es unterscheide bei seiner Einsatzplanung zwischen Einsätzen in der Zentralgemeinde und Einsätzen in den umliegenden Ortschaften. Es führe in der Zentralgemeinde Einsätze an jeweils allen regulären Einsatztagen, d.h. von montags bis freitags, durch. In den umliegenden Ortschaften absolviere es Einsätze nach Möglichkeit nur an jeweils ausgewählten regulären Einsatztagen. Die Seniorin lebe in einer Ortschaft. Die Krankenpflegehelferin hat nach eigener Aussage im Einzelfall jene Einsatztage angeboten, die der immer für

---

<sup>2785</sup> ebd.: 95.

<sup>2786</sup> ebd.: 28; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2787</sup> ebd.: 28.

<sup>2788</sup> vgl.: ebd.: 28.

jene Ortschaft etablierten Arbeitsroute entsprochen haben<sup>2789</sup>. Die Krankenpflegehelferin erzählt: Die Tochter habe die ihr gestellte Frage mit einem Nein beantwortet und erklärt, sie wünsche, dass die Pflegekräfte den Dienst die ganze Woche einschließlich am Wochenende versehen<sup>2790</sup>. Wie hat die Krankenpflegehelferin reagiert? Sie schildert: Sie habe die Übernahme des Wochenenddienstes als unnötig abgelehnt<sup>2791</sup>. Sie habe die Zurückweisung des Wunsches nach Einsätzen am Wochenende verbal mit einem Ausdruck des Bedauerns eingeleitet: „Tut mir leid“<sup>2792</sup>. Die Ablehnung erläuternd, habe sie die Tochter erstens über die Regel für Personaleinsätze am Wochenende belehrt: Sie habe sie informiert, dass für den Dienst am Wochenende lediglich eine Pflegekraft zur Verfügung stehe und dass der Wochenenddienst als Notdienst eingerichtet sei, der ausschließlich in Situationen erbracht werde, in denen Patienten schwerkrank und hilfsbedürftig seien und ein Einsatz der Pflegekräfte notwendig sei<sup>2793</sup>. Zweitens habe sie die Tochter belehrt, dass jene Kriterien für die Übernahme des Wochenenddienstes im Einzelfall nicht erfüllt seien. Sie habe die Tochter drittens über die Möglichkeit aufgeklärt, dass deren Mutter wochenends auf eine Körperpflege „von Kopf bis Fuß verzichten und Katzenwäsche machen kann“<sup>2794</sup>. Die Krankenpflegehelferin berichtet nicht, die Tochter eigens belehrt zu haben, dass Angehörige am Wochenende normalerweise vorrangig vor den Pflegekräften Pflege leisten. Nach Aussage der Krankenpflegehelferin hat die Tochter „eine Miene gezogen und gesagt: Ja, das kann man auch verstehen“<sup>2795</sup>. Nach Auskunft der Krankenpflegehelferin hat die Tochter nonverbal ihre Missbilligung und verbal ihre Einwilligung in ein formelles Pflegeprogramm zum Ausdruck gebracht, bei welchem der Wochenenddienst ausgeklammert worden ist<sup>2796</sup>. Zu vermuten ist: Die Krankenpflegehelferin hat im Gespräch mit der Tochter zwar geklärt, dass das Wochenende aus dem formellen Pflegeprogramm ausgeklammert bleibt, hat im Gespräch mit der Tochter aber die Art der Organisation der Pflege an den verbleibenden Wochentagen ungeklärt gelassen<sup>2797</sup>. Sie hat sich vermutlich entschieden, den Plan zu verfolgen, an den verbleibenden Wochentagen ein formelles Pflegeprogramm einzurichten, das, aus Einsätzen an drei Einsatztagen bestehend, dem Einsatzplan für jene Ortschaft entsprochen hätte<sup>2798</sup>.

---

<sup>2789</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>2790</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>2791</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>2792</sup> ebd.: 9, 29.

<sup>2793</sup> vgl.: ebd.: 9, 29.

<sup>2794</sup> ebd.: 9.

<sup>2795</sup> ebd.: 29.

<sup>2796</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>2797</sup> vgl.: ebd.: 31f.

<sup>2798</sup> vgl.: ebd.: 2, 31.

Wie rekonstruiert die Krankenpflegehelferin Prozess und Resultat der Auseinandersetzung um die Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag**? Sie erzählt erstens: Die Tochter habe den Wunsch geäußert, dass jeweils morgens und abends Pflegeeinsätze geleistet werden. Sie erzählt zweitens: Sie selber habe es abgelehnt, jenen Wunsch nach zwei Pflegeeinsätzen pro Einsatztag zu erfüllen. Sie habe, die Ablehnung erläuternd, erklärt, dass ein solches Programm für die Pflegekräfte nicht leistbar sei und dass sie keine Veranlassung sehe, ein solches Programm im Einzelfall einzurichten. Es sei ausschließlich ein Pflegeeinsatz zur Morgenzeit vereinbart worden<sup>2799</sup>.

Prozess und Resultat der Auseinandersetzung um den **Beginn** des Pflegeeinsatzes rekonstruierend, erzählt die Krankenpflegehelferin: Die Tochter habe den Wunsch geäußert, die Pflegekräfte mögen am besten gleich morgens früh um acht mit der Hilfe bei der Verrichtung der Morgentoilette beginnen. Die Krankenpflegehelferin erzählt ferner: Sie habe jenen Wunsch mit einem Ausdruck des Bedauerns zurückgewiesen. Die Ablehnung erläuternd, habe sie die Regel über die Aufgaben des Pflegepersonals dargelegt. Sie habe die Tochter belehrt: Injektionen haben Vorrang vor Körperpflege. Das Pflegepersonal führe als Erstes Einsätze in Fällen durch, in denen ein medizinisch gearteter Pflegebedarf bestehe<sup>2800</sup>. Sie habe einen jener Regel gemäßen Vormittagstermin angeboten<sup>2801</sup>.

Wie rekonstruiert die Krankenpflegehelferin Prozess und Resultat der Auseinandersetzung um die **Dauer** des jeweiligen Pflegeeinsatzes? Sie erzählt: Sie habe die Tochter über die Regel zur Dauer von Pflegeeinsätzen aufgeklärt. Aufklärung leistend, habe sie der Tochter erklärt: Normalerweise seien für Einsätze, in denen Grundpflege zu leisten sei, abhängig von Befund und Befindlichkeit der zu pflegenden Person, dreißig Minuten oder fünfundvierzig Minuten oder sechzig Minuten Zeit zu reservieren. Sie habe drei Zeiteinheiten benannt: dreißig Minuten, fünfundvierzig Minuten und sechzig Minuten. Sie habe dreißig Minuten als zeitliches Minimum und sechzig Minuten als zeitliches Maximum definiert. Die Tochter habe ihr erklärt: Es wäre nett, wenn die Pflegekräfte im Einzelfall einen Zeitraum von sechzig bis neunzig Minuten reservieren würden. Wie hat die Krankenpflegehelferin reagiert? Sie erzählt: Sie habe Einsätze von neunzig Minuten Dauer mit einem Ausdruck des Bedauerns als nicht leistbar abgelehnt. Die Ablehnung erläuternd, habe sie die Tochter zu einem Gedankenexperiment eingeladen. Das Gedankenexperiment durchführend, habe sie die Annahme eingeführt, das Pflegepersonal würde nicht nur im Einzelfall, sondern in jedem

---

<sup>2799</sup> vgl.: ebd.: 94.

<sup>2800</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>2801</sup> vgl.: ebd.: 31.



Fall neunzig Minuten reservieren. Sie habe die Folgen einer derart veränderten Behandlung aller Fälle ausgemalt: Das Pflegepersonal wäre gefordert, im Verlauf des gesamten Tages pausenlos berufsmäßig Pflege zu leisten. Sie habe ferner auf die Doppelbelastung des Pflegepersonals verwiesen: Es habe nicht nur Mitglieder fremder Familien von Berufs wegen zu pflegen, sondern es habe auch für die eigene Familie zu sorgen. Die Krankenpflegehelferin vermutet: Die Tochter hat sich angesichts jener Erläuterung „wahrscheinlich ein bißchen [sic.] auf den Schlips getreten gefühlt“<sup>2802</sup>. Die Krankenpflegehelferin erklärt: Es seien fünfundvierzig bis sechzig Minuten währende Einsätze vereinbart worden. Der Erzählung der Krankenpflegehelferin ist zu entnehmen: Sie hat eine Vereinbarung über die pro Einsatz zu reservierende Arbeitszeit geschlossen, die durch eine Untergrenze von einer dreiviertel Stunde und durch eine Obergrenze von einer Stunde gekennzeichnet ist. Sie hat ein Angebot unterbreitet, mit dem sie einerseits die Organisationsregel formal eingehalten hat und mit dem sie andererseits den Wünschen der Tochter partiell entsprochen hat<sup>2803</sup>.

Wie ist der **Erstbesuch der Krankenschwester** verlaufen? Die Krankenschwester schildert: Sie werde ihre erste Begegnung mit der Tochter nicht vergessen. Sie habe vor der Seniorin gekniet, um beim Ankleiden behilflich zu sein, als deren Tochter wie eine „schwarze Gestalt im Türrahmen“<sup>2804</sup> erschienen sei und ihr „den kleinen Finger“ zur Begrüßung gereicht habe<sup>2805</sup>. Sie habe es unterlassen, der Tochter die Hand zur Begrüßung zu reichen<sup>2806</sup>. Deren Art, sie zu behandeln, habe ihr „einen ganz schönen Hieb und Stich versetzt“<sup>2807</sup>. Sie habe jene Behandlung „als sehr diskriminierend empfunden“<sup>2808</sup>. Sie habe sich wie „der letzte Lakai“<sup>2809</sup> behandelt gefühlt, der die Arbeiten für sie zu erledigen habe. „Mehr bist Du nicht, mehr kannst Du nicht“. Bei ihr sei „erstmal [sic.] Schicht im Schacht“<sup>2810</sup> gewesen. Es sei ihr erster Eindruck gewesen, dass sie von der Tochter keine Unterstützung werde erwarten können<sup>2811</sup>. Hat die Krankenschwester im Rahmen des eigenen Erstbesuches eine Zielsetzung entdeckt, die einer auf den Körper der zu pflegenden Person zentrierten Pflege gemäß ist? Hat sie im Rahmen des eigenen Erstbesuches, an einer Veränderung der Aufgabenverteilung arbeitend, die Tochter gebeten, Pflegeleistungen im Wechsel mit den Pflegekräften zu übernehmen? Die Krankenschwester äußert sich nicht. Den eigenen Erstbesuch

---

<sup>2802</sup> ebd.: 30.

<sup>2803</sup> vgl.: ebd.: 94.

<sup>2804</sup> EPI6 A1: 35.

<sup>2805</sup> ebd.: 23.

<sup>2806</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>2807</sup> ebd.: 23.

<sup>2808</sup> ebd.: 23.

<sup>2809</sup> ebd.: 23.

<sup>2810</sup> ebd.: 23.

<sup>2811</sup> vgl.: ebd.: 3.

rekonstruierend, berichtet die Krankenschwester weder, die seitens der Krankenpflegehelferin gefällte Entscheidung zur Fallübernahme rückgängig gemacht zu haben, noch berichtet sie, deren Entscheidungen zur Fallbearbeitung aufgehoben zu haben.

## **6.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen**

### **6.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext**

Hegen die Pflegekräfte den **Anspruch**, Angehörige sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Kontakt mit den Pflegekräften pflegen<sup>2812</sup>? Die Krankenpflegehelferin stellt **verallgemeinernd** fest: Die Pflegekräfte seien einen die Dauer des jeweiligen Pflegeeinsatzes umfassenden Kontakt mit Angehörigen gewohnt<sup>2813</sup>. Die Krankenschwester stellt ebenfalls verallgemeinernd fest: Den Pflegekräften sei an einem Kontakt mit den Angehörigen der zu pflegenden Personen gelegen. Das Pflegepersonal erwarte zwar nicht, dass ein Kontakt von Anfang bis Ende des jeweiligen Pflegeeinsatzes währt. Aber es erwarte, dass die Angehörigen während des Pflegeeinsatzes mit den Pflegekräften Kontakt aufnehmen und sich erkundigen: „Ist irgendwas? Wird irgendwas benötigt?“<sup>2814</sup>.

Wie haben die Pflegekräfte die Kontaktpflege **im Einzelfall** erlebt? Hat es zwischen den Pflegekräften und der im Haus lebenden Tochter Kontakte von Angesicht zu Angesicht gegeben? Die Ausführungen der Pflegekräfte lassen einerseits vermuten, dass es keine Kontakte von Angesicht zu Angesicht gegeben hat: „Man sieht sie nicht“<sup>2815</sup>. „Die lässt [sic.] sich nie blicken“<sup>2816</sup>. Die Ausführungen der Pflegekräfte lassen andererseits vermuten, dass es zwar wiederholt Kontakte von Angesicht zu Angesicht gegeben hat, dass jene wiederholten Kontakte von Angesicht zu Angesicht jedoch selten<sup>2817</sup> und von jeweils kurzer Dauer gewesen sind<sup>2818</sup>. Vermutlich hat jene Tochter phasenweise den Anspruch verletzt, den die Pflegekräfte an die Herstellung und Abwicklung von Kontakten unterhalten. Haben die Pflegekräfte die Tochter aufgeklärt, dass sie

---

<sup>2812</sup> vgl.: ebd.: 52.

<sup>2813</sup> vgl.: ebd.: 95.

<sup>2814</sup> ebd.: 52.

<sup>2815</sup> ebd.: 52.

<sup>2816</sup> EPI 6 A2: 46.

<sup>2817</sup> vgl.: EPI 6.2: 4.

<sup>2818</sup> vgl.: EPI 6 A2: 95; EPI 6.2: 4.

Kontaktpflege fordern und dass sie jene Forderung verletzt sehen? Haben die Pflegekräfte eine Kontaktpflege als Selbstverständlichkeit betrachtet und es unterlassen, den Anspruch auf Kontaktpflege eigens anzumelden? Die Pflegekräfte äußern sich nicht. Die Krankenschwester räumt ein, „kein gutes Verhältnis“<sup>2819</sup> zu jener Tochter zu haben. Die Krankenschwester erklärt: Deren „Desinteresse an der ganzen Sache“<sup>2820</sup> sei unverkennbar. Die Krankenschwester vermisst möglicherweise nicht nur Interesse, Kontakt mit den Pflegekräften zu pflegen, sondern auch Interesse, sich an häuslicher Pflege und sozialer Betreuung zu beteiligen<sup>2821</sup>.

#### 6.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen

Die Pflegekräfte haben im Verlaufe der Zeit Eindrücke über den Zustand ausgewählter Familienmitglieder und Eindrücke über den Zustand ausgewählter Familienbeziehungen gewonnen. Nach Ansicht der Pflegekräfte sind im Verlaufe der Zeit keine Veränderungen im **Zustand der Seniorin** eingetreten<sup>2822</sup>. Wie beurteilen die Pflegekräfte deren **körperliche** Verfassung? Die Pflegekräfte verweisen auf diverse Erkrankungen. Sie berichten: Einst habe die Seniorin „einen Schlaganfall gehabt“<sup>2823</sup>. Gegenwärtig leide sie an Bluthochdruck<sup>2824</sup>, Herzrhythmusstörungen<sup>2825</sup>, „Wasserstau in den Beinen“<sup>2826</sup> und Diabetes<sup>2827</sup>. Die Pflegekräfte weisen ferner auf die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit der rechten Hand als Folge des Schlaganfalls hin<sup>2828</sup> und machen auf die ein bisschen beeinträchtigte Sehfähigkeit als Folge des Diabetes aufmerksam<sup>2829</sup>. Die Krankenschwester betrachtet die wahrnehmbare Gebrechlichkeit keineswegs als außergewöhnlich. Sie erklärt: Die Seniorin ist zwar „gebrechlich“<sup>2830</sup>, aber „großartige Gebrechen hat sie nicht“<sup>2831</sup>. Gemessen am Bestand aller Fälle ist sie nach Meinung der Krankenschwester „eine der Fittesten“<sup>2832</sup>.

---

<sup>2819</sup> EPI 6 A1: 27.

<sup>2820</sup> ebd.: 2.

<sup>2821</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>2822</sup> vgl.: EPI 6 A2: 81.

<sup>2823</sup> ebd.: 80.

<sup>2824</sup> vgl.: EPI 6.3: 11.

<sup>2825</sup> vgl.: EPI 6 A1: 11, 74.

<sup>2826</sup> ebd.: 72.

<sup>2827</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>2828</sup> vgl.: EPI 6 A2: 80.

<sup>2829</sup> vgl.: EPI 6 A1: 74.

<sup>2830</sup> EPI 6.2: 7.

<sup>2831</sup> EPI 6 A1: 75.

<sup>2832</sup> EPI 6.3: 22.

Nach Ansicht der Pflegekräfte ist nicht die **geistige** Verfassung der Seniorin<sup>2833</sup>, sondern deren **seelische** Verfassung von starken Beeinträchtigungen geprägt. Ohne den Widerspruch der Krankenpflegehelferin zu ernten, stellt die Krankenschwester in der Erzählzeit fest: Die Seniorin habe mit Regelmäßigkeit „einen Moralischen und moralische fünf Minuten“<sup>2834</sup>. Weder die Krankenpflegehelferin, noch die Krankenschwester bezeichnen jene mit Regelmäßigkeit wahrnehmbaren Verstimmungen als Ausdruck einer seelischen Erkrankung. In der Erzählzeit stellen beide Pflegekräfte einen Zusammenhang zwischen der beeinträchtigten seelischen Verfassung und der wahrnehmbaren Urininkontinenz her<sup>2835</sup>. Während die Krankenschwester die Aufmerksamkeit auf eine auch seelisch bedingte Urininkontinenz lenkt<sup>2836</sup>, richtet die Krankenpflegehelferin das Augenmerk auf Schamgefühle als Folgeerscheinung jener Urininkontinenz<sup>2837</sup>. Die wahrgenommene Beeinträchtigung der seelischen Verfassung als Ursache und als Folge der Urininkontinenz besprechend, verweisen die Pflegekräfte auf eine wechselseitige Abhängigkeit zwischen seelischer und körperlicher Verfassung. Sie betrachten jene mit Regelmäßigkeit wahrnehmbare Urininkontinenz zum einen als Ausdruck einer psychosomatischen Störung und zum anderen als Ausdruck einer somatischen Störung mit Auswirkungen auf die Psyche. In der Erzählzeit bietet die Krankenschwester eine Erklärung für die Beeinträchtigung der seelischen Verfassung an: Sie richtet ihre Aufmerksamkeit auf ein Leiden an der Beziehung zur Familie. Sie stellt namentlich ein Leiden an der Beziehung zu ausgewählten Familienmitgliedern fest. Sie ist der Ansicht, dass ausgewählte Bedürfnisse der Seniorin in der Beziehung zu der im Haus lebenden Familie<sup>2838</sup> und namentlich in der Beziehung zu jener besonderen Tochter<sup>2839</sup> unbefriedigt bleiben<sup>2840</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Die Seniorin sei „fürchterlich bedrückt“<sup>2841</sup> über das Verhältnis zu jener im Haus lebenden Tochter<sup>2842</sup>. Die Krankenschwester stellt die Vermutung auf: Das auf Seiten der Seniorin bestehende Bedürfnis nach Liebe wird von Seiten der im Haus lebenden Tochter nicht gestillt<sup>2843</sup>. Das auf Seiten der Seniorin unbefriedigt bleibende Bedürfnis nach Gesellschaft wahrnehmend<sup>2844</sup>, bezeichnet sie

---

<sup>2833</sup> vgl.: EPI 6 A1: 7; A2: 7.

<sup>2834</sup> EPI 6 A1: 19.

<sup>2835</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>2836</sup> vgl.: EPI 6.3: 18.

<sup>2837</sup> vgl.: EPI 6 A2: 83.

<sup>2838</sup> vgl.: EPI 6 A1: 44, 54.

<sup>2839</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>2840</sup> vgl.: EPI 6 A1: 44; EP I6.2: 6.

<sup>2841</sup> EPI 6 A1: 48.

<sup>2842</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>2843</sup> vgl.: EPI 6.2: 6.

<sup>2844</sup> vgl.: EPI 6 A1: 66.

einen von Mitgliedern jener Hausgemeinschaft abgestatteten Besuch als Seltenheit<sup>2845</sup> und betont, insbesondere die im Haus lebende Tochter unterlasse es, ihrer Mutter Gesellschaft zu leisten<sup>2846</sup>.

Die Krankenschwester erklärt: Die Seniorin verkörpere einen Fall von sozialer Isolation, der sich nicht nur durch dezimierte Kontakte zu einem dezimierten Bekanntenkreis auszeichne<sup>2847</sup>. Sie sei vielmehr die Verkörperung eines Falles von sozialer Isolation, für den auch kennzeichnend sei, dass er „ziemlich alleine in der großen Familie ist“<sup>2848</sup>. Sie verkörpere einen Fall, der sich nicht nur durch seine Isolation in der Familie, sondern auch durch seine **„Vereinsamung in der Familie“**<sup>2849</sup> kennzeichnen lasse. Die Krankenschwester schildert: Jenes Urteil von sozialer Isolation und Einsamkeit markiere nicht den Anfang, sondern das Ende eines komplizierten Prozesses eigener Urteilsbildung. Sie habe sich gefordert gesehen, ein in der Anfangszeit gefälltes Urteil zu korrigieren, das sich im Verlaufe der Zeit als Fehlurteil entpuppt habe. Wendepunkt im Prozess der Urteilsbildung sei eine Fallbesprechung besonderer Art gewesen: Sie habe ein auf regionaler Ebene eingerichtetes Angebot zur Fortbildung und Supervision genutzt, das sich an Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste richte<sup>2850</sup>. Die Schilderung der Krankenschwester legt drei Vermutungen nahe: Sie ist nicht durch Kommunikation mit den Angehörigen, sondern ausschließlich durch Kommunikation mit den Fachkräften zu der Einsicht gelangt, dass die Seniorin, in der großen Familie lebend, vereinsamt. Sie hat es unterlassen, die Angehörigen aufzuklären, jene Einsicht gewonnen zu haben. Sie hat es ferner unterlassen, die Angehörigen aufzuklären, dass sie es als Selbstverständlichkeit betrachtet, dass die Angehörigen versuchen, einer Vereinsamung in der Familie entgegenzuwirken, und im Rahmen ihrer Möglichkeiten Gesellschaft zu leisten<sup>2851</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Sie vermute, dass die Seniorin Angst habe, jene im Haus lebende Tochter um Unterstützung zu bitten. Die Seniorin habe ihr stets zu verstehen gegeben, sie befürchte, dass jede Bitte um Unterstützung, die sie an jene im Haus lebende Tochter richte, für die (Beziehung zur) Tochter eine „zusätzliche Belastung darstelle“<sup>2852</sup>. Nach Ansicht der Pflegekräfte besteht jene Befürchtung zu Recht. Die Krankenschwester betont: Nachdem sie der Tochter begegnet sei, habe sie den Eindruck gewonnen, dass die Tochter jede der Mutter zu gewährende

---

<sup>2845</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>2846</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>2847</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>2848</sup> ebd.: 44.

<sup>2849</sup> ebd.: 54; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2850</sup> vgl.: ebd.: 44f, 54.

<sup>2851</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>2852</sup> EPI 6.2: 7.

Unterstützungsleistung als Belastung empfindet<sup>2853</sup>. Die Krankenpflegehelferin betont, stets den Eindruck gehabt zu haben, die Tochter betrachte die eigene Mutter als das „fünfte Rad am Wagen“<sup>2854</sup>, das sie „lieber abschieben als noch weiter hinderschleppen“<sup>2855</sup> möchte.

Wie beurteilen die Pflegekräfte den **Zustand jener Tochter**? In der Erzählzeit wählen sie als Beurteilungskontext nicht eigens die körperliche Erkrankung jener Tochter<sup>2856</sup>, sondern die privaten und familiären Verpflichtungen, d.h. Hausarbeit und Kindererziehung. Ohne den Widerspruch der Krankenpflegehelferin zu ernten, vertritt die Krankenschwester die Auffassung, dass von einer Belastung, wenn nicht gar von einer Überforderung der Tochter auszugehen, wenn jene Verpflichtungen in Rechnung gestellt werden<sup>2857</sup>. Im Gedankenexperiment jene Verpflichtungen erweiternd, schließen sie jedoch aus, dass eine Übernahme ausgewählter Pflegeleistungen zur Überforderung führen würde: Die Krankenschwester ist der Meinung, dass die Tochter Hilfestellung bei der Gesichtspflege leisten könnte<sup>2858</sup> und die Krankenpflegehelferin vertritt die Ansicht, dass die Tochter auch Hilfe bei der Körperpflege leisten könnte<sup>2859</sup>.

Den **Zustand der familiären Beziehungen** in der Erzählzeit besprechend, ist die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte auf das Verhältnis zwischen der Seniorin und jener im Haus lebenden Tochter gerichtet. Das einhellige Urteil lautet: Deren „Verhältnis ist getrübt“<sup>2860</sup> anzunehmen ist: Jenes Urteil basiert einerseits auf Erzählungen der Seniorin<sup>2861</sup> und andererseits auf Beobachtungen der Pflegekräfte<sup>2862</sup>. Bezugspunkt sowohl jener Erzählungen, als auch jener Beobachtungen ist vermutlich die Art der Tochter gewesen, ihre Mutter zu behandeln. Die Pflegekräfte haben vermutlich wahrgenommen, dass sich jene Beobachtungen mit jenen Erzählungen decken<sup>2863</sup>.

Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Jene im Haus lebende Tochter ist keineswegs die Lieblingstochter der Seniorin. Nach Aussage der Krankenschwester vergleicht die Seniorin die Art jener im Haus lebenden Tochter mit der Art jener außerhalb des Hauses lebenden Tochter. Die Beziehung zwischen der Seniorin und jener im Haus lebenden Tochter rekonstruierend, greift die Krankenschwester in der Erzählzeit erstens jenen Vergleich auf, den die Seniorin selber anstellt. Die Krankenschwester berichtet: Die Seniorin bemerke einen Unterschied in der Art beider

---

<sup>2853</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>2854</sup> EPI 6 A2: 45.

<sup>2855</sup> ebd.: 87.

<sup>2856</sup> vgl.: EPI 6 A1: 33.

<sup>2857</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>2858</sup> vgl.: EPI 6.2: 5.

<sup>2859</sup> vgl.: EPI 6 A2: 88.

<sup>2860</sup> EPI 6 A1: 48.

<sup>2861</sup> vgl.: ebd.: 32, 42.

<sup>2862</sup> vgl.: EPI 6.3: 17, 19.

<sup>2863</sup> vgl.: ebd.: 19.

Töchter und bezeichne die außerhalb des Hauses lebende Tochter als „menschlicher und hilfsbereiter“<sup>2864</sup>. Die Krankenschwester vermutet, dass die Seniorin zwar den Wunsch gehabt hat, im Haus jener Tochter zu leben, die sie als sozialer einschätzt, dass der Wunsch aber nicht realisiert werden konnte<sup>2865</sup>. Zweitens stellt die Krankenschwester selber in der Erzählzeit einen Vergleich zwischen der Seniorin und der im Haus lebenden Tochter an. Sie verdeutlicht die zwischen beiden Familienmitgliedern bestehenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Die Krankenschwester vertritt die Auffassung, dass sich beide Familienmitglieder zwar durch einen ausgeprägten Durchsetzungswillen auszeichnen, dass aber deren Chancen, sich gegeneinander durchzusetzen, ungleich verteilt sind. Nach Ansicht der Krankenschwester befindet sich die Seniorin in der vergleichsweise schwächeren Position und jene im Haus lebende Tochter in der vergleichsweise stärkeren Position.

- Die Krankenschwester bespricht die Eigendynamik jener besonderen Familienbeziehung. Die Aufmerksamkeit auf Interaktionsprozesse der Vergangenheit lenkend, äußert sie die Vermutung, dass die Mutter zeit ihres Lebens dominant gewesen ist. Das Augenmerk auf Interaktionsprozesse der Gegenwart richtend, stellt sie fest, dass die Mutter in Interaktionen mit jener im Haus lebenden Tochter „total eingeschüchtert“<sup>2866</sup> ist und dass sich deren Durchsetzungswille gegenwärtig weniger in Interaktionen mit jener Tochter<sup>2867</sup>, als vielmehr in Interaktionen mit den Pflegekräften niederschlägt<sup>2868</sup>.
- Die Krankenschwester äußert in der Erzählzeit die Vermutung, dass jene Tochter ebenfalls stets dominant gewesen ist. Sie lässt jener Vermutung in der Erzählzeit zwei Feststellungen folgen: Die alternde und von persönlicher Hilfestellung abhängig werdende Mutter<sup>2869</sup> muss sich jener Tochter „unterordnen. Das fällt ihr schwer“<sup>2870</sup>. Die Krankenschwester betrachtet jene Unterordnung als eine für die Seniorin nicht nur alternativlos gebotene, sondern auch problematisch realisierbare Strategie, den Anschein häuslichen Friedens nebst der Möglichkeit zu wahren, im häuslichen Kontext zu verweilen<sup>2871</sup>.

---

<sup>2864</sup> EPI 6 A1: 34.

<sup>2865</sup> vgl.: EPI 6.2: 8.

<sup>2866</sup> EPI 6 A1: 33.

<sup>2867</sup> vgl.: ebd. 33.

<sup>2868</sup> vgl.: ebd.: 49, 66.

<sup>2869</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>2870</sup> ebd.: 34.

<sup>2871</sup> vgl.: ebd.: 34.

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat **Wertvorstellungen** bezüglich der Gestaltung von Familienbeziehungen und sieht jene Wertvorstellungen im Einzelfall verletzt. In der Erzählzeit erklärt die Krankenschwester: Die Seniorin sei früh verwitwet und musste „ihre Familie ein bißchen [sic.] durch das Leben bringen“<sup>2872</sup>. Die im Haus lebende Tochter unterstütze zwar ihre alte Mutter, aber sie leiste jene Unterstützung ungerne, da sie es als belastend betrachte, ihre Mutter zu unterstützen<sup>2873</sup>. Die Krankenschwester unterstellt Unterstützung mit Widerwillen. Für Unterstützung mit Widerwillen findet sie kein Wort des Verständnisses. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester schätzt **innerfamiliäre Solidarität**. Sie erachtet es vermutlich als Selbstverständlichkeit, wenn erwachsene Kinder als **Ausgleich** für jene Unterstützung, die sie von ihren Eltern erhalten haben, ihren Eltern im Rahmen ihrer Möglichkeiten ohne Widerwillen Unterstützung gewähren, wenn diese im Alter unterstützungsbedürftig sind. Die Krankenschwester berichtet nicht, im Gespräch mit der Tochter die Forderung erhoben zu haben, dass die Tochter ihre Mutter ohne Widerwillen unterstützen soll. Die Krankenschwester berichtet: Jene Tochter hege nicht nur Ansprüche an Erscheinungsbild und Handlungsweise ihrer Mutter, sondern reagiere auch regelmäßig mit Tadel, wenn sie erlebe, dass ihre Mutter jene Anforderungen verletze. „Die Tochter rügt sie, wo sie kann“<sup>2874</sup>. Die Krankenschwester findet in der Erzählzeit kein Wort des Verständnisses für den Tadel, der auf jede Verletzung jedweder Anforderung folgt. Sie findet ausschließlich Worte des Verständnisses für den Tadel, der auf jede Verletzung einer ausgewählten Forderung folgt. Sie erklärt: Sie kann den regelmäßigen Tadel für unterlassene Medikamenteneinnahme verstehen. In der Erzählzeit erklärt die Krankenschwester: Es belaste sie persönlich, wenn die Tochter in Interaktionen mit ihrer Mutter stets Missbilligung für die Verletzung einer Anspruchshaltung äußere, ohne Hintergründe zu erkunden<sup>2875</sup>. Es belaste sie persönlich auch, wenn jene Tochter ihre Mutter unhöflich behandle und wenn sie jene Behandlungsweise auch vor Fremden wähle<sup>2876</sup>. Die Krankenschwester vermutet, dass der Seniorin von Seiten „der Tochter gar nicht so eine Liebe entgegengebracht wird“<sup>2877</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester schätzt es, wenn Angehörige auf Bedürfnisse älterer Familienmitglieder nach sozialer Bindung und sozialer Wertschätzung **Rücksicht** nehmen. Sie betrachtet es vermutlich als Selbstverständlichkeit, wenn erwachsene Kinder ihre alten Eltern weder in der Privatsphäre, noch in der öffentlichen Sphäre kränken. Sie hält es vermutlich für selbstverständlich, wenn erwachsene Kinder ihre

---

<sup>2872</sup> ebd.: 33.

<sup>2873</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>2874</sup> EPI 6.3: 11.

<sup>2875</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>2876</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2877</sup> EPI 6.2: 6.



alten Eltern zumindest mit Höflichkeit behandeln. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage ein Gespräch, das sie mit der Tochter über die Inkontinenzentwicklung und die Inkontinenzbearbeitung geführt hat, zum Anlass genommen, der Tochter zu erklären: „Schimpfen Sie doch nicht mit Ihrer Mutter“<sup>2878</sup>. Die Inkontinenz „ist doch auch seelisch bei ihr bedingt“<sup>2879</sup>. Und „je mehr Ärger die hat, umso schlimmer wird das doch“<sup>2880</sup>.

### 6.2.2.3. Die Formulierung von Zielsetzungen

Im Verlaufe der Zeit hat sich auf Seiten der Pflegekräfte vermutlich der Eindruck verfestigt, dass das eigene Engagement im Einzelfall, gemessen an typischen Zielsetzungen ambulanter Pflege, durch Ziellosigkeit gekennzeichnet ist. Die Aufmerksamkeit auf **die zu betreuende Person** lenkend, betont die Krankenpflegehelferin: Das Pflegepersonal habe sich „**kein Ziel gesetzt**“<sup>2881</sup>. Es sehe sich in einem Fall engagiert, in welchem man als Pflegekraft „**kein Ziel sieht**“<sup>2882</sup>. Die Krankenpflegehelferin erklärt: Bei Patienten mit Dekubitus setze das Pflegepersonal sich stets das Ziel zu heilen. Bei bettlägerigen Patienten sei das Pflegepersonal stets bestrebt, den körperlichen Zustand durch Mobilisation des Körpers zu verbessern. Die Krankenpflegehelferin verdeutlicht: In der Krankenpflege ausgebildete Personen konzentrieren sich bei der Wahl der Zielsetzung typischerweise auf den Körper der zu pflegenden Person<sup>2883</sup>. Die Krankenpflegehelferin erklärt ferner: In jenem Einzelfall begegne das Pflegepersonal allerdings weder einer Patientin mit Dekubitus, noch einer bettlägerigen Patientin. Die Seniorin sei „kein richtiger Pflegefall“<sup>2884</sup>. Nach Aussage der Krankenpflegehelferin fehlen im Einzelfall die Voraussetzungen, eine für die Krankenpflege typische, auf den Körper der zu betreuenden Person bezogene Zielsetzung zu wählen. Die Krankenpflegehelferin berichtet: Das Pflegepersonal habe den Eindruck gewonnen, es engagiere sich im Einzelfall lediglich, um ein seelisches Leiden der Seniorin zu mindern. Nach Angaben der Krankenpflegehelferin betrachtet das Pflegepersonal ein Engagement, nur um der Seniorin „die Stunde ein bißchen [sic.] angenehmer zu machen, daß [sic.] ihr Leben nicht noch einsamer wird“<sup>2885</sup>, als ein

---

<sup>2878</sup> EPI 6.3: 18.

<sup>2879</sup> ebd.: 18.

<sup>2880</sup> ebd.: 19.

<sup>2881</sup> EPI 6 A2: 79; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2882</sup> ebd.: 79; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2883</sup> vgl.: ebd.: 79.

<sup>2884</sup> ebd.: 79.

<sup>2885</sup> ebd.: 96.

Engagement ohne eine für die Krankenpflege typische, auf den Körper der Seniorin zentrierte Zielsetzung.

Die Aufmerksamkeit auf **die betreuenden Personen** richtend, verdeutlicht die Krankenschwester, ein **Gefühl der Fehlplatzierung** zu verspüren. Sie erklärt: Sie sehe sich gefordert, in einem Fall von „Vereinsamung in der Familie“<sup>2886</sup> als „Gesellschafterin“<sup>2887</sup> zu fungieren und „eine Laberstunde“<sup>2888</sup> zu absolvieren. Sie leiste in jenem Fall von Vereinsamung in der Familie als Pflegekraft **„sinnlose Arbeit“**<sup>2889</sup>. Es sei **„sinnlos“**<sup>2890</sup>, in jenem Fall von Vereinsamung in der Familie Arbeitskraft zu investieren, die sich durch eine besondere Qualifikation in der Pflege auszeichne. Eine Person, die entweder „nicht so viel Ahnung“<sup>2891</sup> oder „keine Ahnung von der Pflege“<sup>2892</sup> habe, könnte die Pflegekräfte ersetzen und deren Arbeiten bequem erledigen<sup>2893</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, in Verbindung mit jenem Gefühl der Fehlplatzierung ein **Gefühl der Belastung** zu verspüren. Sie stellt erstens fest: Sie würde sich in jedem Fall unheimlich belastet fühlen, würde sie sich gefordert sehen, als berufsmäßig engagierte Pflegekraft nur Konversation mit den Leuten zu betreiben. Sie stellt zweitens fest: Wenn sie im Einzelfall einen Einsatz beendet habe, dann empfinde sie keine Befriedigung, da sie den Eindruck habe, keine Arbeit geleistet, sondern „eine Stunde gelabert“<sup>2894</sup> zu haben.

Haben die Pflegekräfte das Ziel gewählt, sich nach Möglichkeit **Entlastung** zu **verschaffen**? Anzunehmen ist: Die Pflegekräfte haben die Beendigung des eigenen Engagements als Möglichkeit verworfen, sich zu entlasten. Sie haben die Investition eigener Arbeitskraft im Einzelfall vermutlich als Fehlinvestition von qualifizierter Arbeitskraft erlebt, die sie am liebsten beendet hätten, aber nicht haben beenden können. Sie haben die Investition eigener Arbeitskraft im Einzelfall vermutlich als Belastung empfunden, der sie am liebsten ein Ende bereitet hätten, der sie aber kein Ende haben setzen können. Die Krankenschwester verdeutlicht in der Erzählzeit einerseits, den Wunsch zu hegen, die Fehlplatzierung zu korrigieren. Sie verkündet: Die Pflegekräfte durch eine entweder fachlich unqualifizierte oder durch eine fachlich geringfügig qualifizierte Person ersetzen zu lassen, wäre eine Lösung, die sie gerne realisiert sehen würde<sup>2895</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht in der Erzählzeit

---

<sup>2886</sup> EPI 6 A1: 54.

<sup>2887</sup> ebd.: 25.

<sup>2888</sup> ebd.: 60.

<sup>2889</sup> ebd.: 66; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2890</sup> ebd.: 59, 65; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2891</sup> ebd.: 75.

<sup>2892</sup> ebd.: 14.

<sup>2893</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>2894</sup> ebd.: 59.

<sup>2895</sup> vgl.: ebd.: 75.

andererseits, zu ihrem Leidwesen keine Möglichkeit zu sehen, jene Fehlplatzierung zu korrigieren. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Möglichkeit einer internen Ersatzlösung entfällt. Auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation ist kein Personal verfügbar, das als Ersatz fungieren könnte<sup>2896</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester kann ferner entnommen werden: Auch Möglichkeiten einer externen Ersatzlösung entfallen. Weder die Möglichkeit, anstelle des gemeindlichen Pflegedienstes die im Haus lebende Tochter zu engagieren<sup>2897</sup>, noch die Möglichkeit anstelle des gemeindlichen Pflegedienstes den gemeinnützigen Pflegeverein zu engagieren<sup>2898</sup>, noch die Möglichkeit „so schnell wie möglich“<sup>2899</sup> und „beizeiten“<sup>2900</sup> die Heimpflege zu bahnen<sup>2901</sup> ist realisierbar. Die Pflegekräfte haben vermutlich auch den Abbau des eigenen Engagements als Möglichkeit verworfen, sich Entlastung zu verschaffen. Versuche, Zeit pro Einsatz abzubauen, sind nach Aussage der Krankenschwester fehlgeschlagen<sup>2902</sup>. Zu vermuten ist: Die Pflegekräfte haben den Personalwechsel als Möglichkeit gewählt, sich zu entlasten<sup>2903</sup>.

Haben die Pflegekräfte sich dem Ziel verschrieben, einen Anstieg der eigenen **Belastung** möglichst zu **vermeiden**? Die Pflegekräfte sind vermutlich bestrebt gewesen, einen unnötigen Ausbau des eigenen Engagements zu vermeiden. Nach Angaben der Krankenschwester versucht die Seniorin, mit den Pflegekräften interagierend, Bedürfnisse nach Gesellschaft zu befriedigen<sup>2904</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester werden deren Wünsche nach Unterstützung<sup>2905</sup> in Interaktionen mit den Pflegekräften mit einer Dynamik freigesetzt, die problematisch ist. Vermutlich eigene Erfahrungen rekonstruierend, erklärt die Krankenschwester: Wenn die Seniorin um Unterstützung bitte und man deren Bitte um Unterstützung einmal erfülle, dann befinde man sich in einem „**Strudel**“<sup>2906</sup> und erlebe, dass man deren Wunsch nach vermehrter Unterstützung genährt habe<sup>2907</sup>. Eine vermutlich auf Basis jener eigenen Erfahrungen entwickelte Handlungsstrategie thematisierend, erklärt die Krankenschwester: Sie habe es sich zur Angewohnheit gemacht, jenen Wünschen nach Unterstützung möglichst Grenzen zu setzen. „Ich habe mir angewöhnt, ich bremsen sie, wo ich kann“<sup>2908</sup>. Die Krankenschwester hat vermutlich unterstellt: Die Anwendung jener Handlungsstrategie

---

<sup>2896</sup> vgl.: ebd.: 9, 41.

<sup>2897</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>2898</sup> vgl.: EPI 6.2: 5f.

<sup>2899</sup> EPI 6 A1: 18.

<sup>2900</sup> EPI 6.2: 2.

<sup>2901</sup> vgl.: EPI 6 A1: 18; EPI 6.2: 2.

<sup>2902</sup> vgl.: EPI 6 A1: 64.

<sup>2903</sup> vgl.: EPI 6 A2: 41; EPI 6.3: 8.

<sup>2904</sup> vgl.: EPI 6 A1: 66.

<sup>2905</sup> vgl.: EPI 6 A1: 49, 66; EPI 6.2: 6; EPI 6.3: 24.

<sup>2906</sup> EPI 6.3: 24; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2907</sup> vgl.: EPI 6 A1: 49.

<sup>2908</sup> ebd.: 12.

ist zwar notwendig, um das Ziel zu erreichen, eine unnötige Belastung des Pflegepersonals zu vermeiden, bietet aber keine Gewähr dafür, dass sich jenes Ziel erreichen lässt. „Man muß [sic.] auch ab und zu versuchen, sie ein bißchen [sic.] zu **bremsen**, sonst -“<sup>2909</sup>.

Versuche, eine unnötige Belastung auf Seiten des Pflegepersonals zu vermeiden, werden im Einzelfall vermutlich durch eine ausgewählte **Familienbeziehung** erschwert: Die Krankenschwester vermutet: Die Seniorin kostet den Kontakt mit den Pflegekräften aus, da sie keine Außenkontakte hat und ihr „auch von der Tochter gar nicht so eine Liebe entgegengebracht“<sup>2910</sup> wird. Versuche, eine unnötige Belastung auf Seiten des Pflegepersonals zu vermeiden, werden im Einzelfall vermutlich auch durch die seitens jener Tochter mobilisierbare **Beziehung zum Dienstherrn** des Pflegepersonals erschwert. Die Pflegekräfte führen in der Erzählzeit ein Gedankenexperiment durch: Wie würde die Tochter verfahren, wenn sie mit Entscheidungen der Pflegekräfte nicht einverstanden wäre? Ohne den Widerspruch der Krankenschwester zu ernten, äußert die Krankenpflegehelferin die Befürchtung, dass die Tochter durch Intervention beim Bürgermeister versuchen würde, auf Entscheidungen der Pflegekräfte Einfluss zu nehmen<sup>2911</sup>. Wie würde der Bürgermeister reagieren, wenn die Tochter intervenieren würde? Während die Krankenpflegehelferin die Auffassung vertritt, dass der Bürgermeister intervenieren würde, um die Entscheidungen der Pflegekräfte zu beeinflussen<sup>2912</sup>, betont die Krankenschwester, sie glaube nicht an dessen Intervention. Die Bereitschaft der Pflegekräfte, das Risiko einer Intervention einzugehen, hält sich in Grenzen. Die Krankenpflegehelferin erklärt, dass sie sich dem Risiko einer Intervention nicht aussetzen möchte<sup>2913</sup>. Die Krankenschwester erklärt, dass man jenes Risiko einmal eingehen müsste<sup>2914</sup>. Die Krankenschwester erlebt im Einzelfall einen **Zielkonflikt** zwischen der **Wahrung des sozialen Friedens** und der **Sicherung des persönlichen Friedens**. Sie verdeutlicht: Sie fühlt sich einerseits dem Prinzip der Gleichbehandlung verpflichtet und ist sich andererseits ihrer Beteiligung an einer Praxis der Ungleichbehandlung bewusst.

- Nach Aussage der Krankenschwester ist keineswegs nur eine spezielle Person innerhalb der Verwaltung, sondern das gesamte Verwaltungspersonal der Auffassung<sup>2915</sup>, dass das Pflegepersonal ausgewählten Personen eine

---

<sup>2909</sup> ebd.: 12; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>2910</sup> ALI 6.2: 6.

<sup>2911</sup> vgl.: ebd.: 41f.

<sup>2912</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>2913</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>2914</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>2915</sup> vgl.: EPI 6 A1: 37.

Vorzugsbehandlung zukommen lassen soll<sup>2916</sup>. Anzunehmen ist: Das Verwaltungspersonal klärt das Pflegepersonal in Einzelfällen auf, dass eine gute Beziehung zur Verwaltung<sup>2917</sup> besteht, und das Pflegepersonal legt jene Aufklärung als Aufforderung zur Vorzugsbehandlung aus<sup>2918</sup>.

- Die Krankenschwester plädiert für Gleichbehandlung. Sie vertritt die Auffassung: Das Pflegepersonal soll Personen, die dem Verwaltungspersonal bekannt sind<sup>2919</sup>, in gleicher Weise behandeln wie Personen, die dem Verwaltungspersonal unbekannt sind. Sie ist sich bewusst: Prinzip und Praxis können auseinanderklaffen. Sie erklärt: In Fällen, in denen eine gute Beziehung zur Verwaltung und zum Bürgermeister bestehe, wähle man die Vorzugsbehandlung, damit der soziale Friede dem Anschein nach gewahrt bleibe<sup>2920</sup>.
- Die Krankenschwester erklärt ferner: Man habe keine Wahl, sondern entscheide sich „zwangsläufig“<sup>2921</sup> für eine Vorzugsbehandlung. Sich für eine Vorzugsbehandlung entscheidend, gefährde man allerdings den persönlichen Frieden: „Man ärgert sich und entwickelt ein bißchen [sic.] Aggressionen“<sup>2922</sup>. Damit sie die Arbeit „nicht so voller Zorn und voller Wut“<sup>2923</sup> erledige, versuche sie, das eigene „Ich vor der Tür zu lassen“<sup>2924</sup>. Um Minderung des persönlichen Unfriedens bemüht, bediene sie sich einer kognitiven Strategie der Konfliktbearbeitung<sup>2925</sup>.

#### 6.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensum

Haben die Pflegekräfte Bedarf an Unterstützung wahrgenommen? Die Pflegekräfte sind der Annahme, fehlplatziert zu sein<sup>2926</sup>. Nach Auffassung der Pflegekräfte hat auf Seiten der Seniorin kein nennenswerter **Bedarf an Pflege** bestanden<sup>2927</sup>. Die Pflegekräfte

---

<sup>2916</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>2917</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2918</sup> vgl.: ebd.: 37f.

<sup>2919</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>2920</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>2921</sup> ebd.: 38.

<sup>2922</sup> ebd.: 38.

<sup>2923</sup> EPI 6.3: 17.

<sup>2924</sup> ebd.: 16.

<sup>2925</sup> vgl.: ebd.: 16f.

<sup>2926</sup> EPI 6 A1: 13, 59, 65f, 75; EPI 6 A2: 96.

<sup>2927</sup> vgl.: EPI 6 A2: 87; EPI 6.3: 22.

berichten: Es sei ausschließlich das Richten der Medikamente und die Kontrolle der Medikamenteneinnahme angezeigt gewesen<sup>2928</sup>. Die Seniorin sei weder aufsichtsbedürftig gewesen<sup>2929</sup>, noch habe sie der Hilfe bei der Körperpflege bedurft. Es habe nicht an deren Fähigkeit, sondern an deren Bereitschaft zur Selbsthilfe bei der Körperpflege gefehlt<sup>2930</sup>. Es habe nicht nur an der Bereitschaft gefehlt, zwei Stunden Zeit in eine selbständig betriebene Körperpflege zu investieren, sondern auch an der Bereitschaft, die für die Körperpflege zu reservierende Zeit alleine zu verbringen und auf Gesellschaft zu verzichten<sup>2931</sup>. Anzunehmen ist: Das Urteil, dass im Einzelfall kein nennenswerter Bedarf an Pflege bestanden hat, hat sich im Verlaufe der Zeit verfestigt. Anzunehmen ist ferner: Es basiert nicht nur auf einer separaten Beurteilung des Einzelfalles, sondern beruht auch auf einer vergleichenden Einzelfallbeurteilung. Die Seniorin verkörpert im Bestand der Fälle vermutlich den Ausnahmefall. Die Krankenpflegehelferin erklärt: Im Bestand der Fälle seien hauptsächlich Fälle vertreten, „die Pflege brauchen“<sup>2932</sup>. Aber jener besondere Einzelfall sei „kein richtiger Pflegefall“<sup>2933</sup>.

Nach Auffassung der Pflegekräfte hat auf Seiten der Seniorin **Bedarf an sozialer Betreuung** bestanden. Sie betonen: Die Seniorin verkörpere einen Fall von „Vereinsamung in der Familie“<sup>2934</sup>. Sie „braucht eine Gesellschafterin“<sup>2935</sup>. Sie benötigt eine Person, mit der sie „sich unterhalten kann“<sup>2936</sup>. Sie benötigt ausschließlich eine Person zur Unterhaltung<sup>2937</sup>. Sie benötigt eine Person, die sie „beschäftigen kann“<sup>2938</sup> und ist in Ermangelung von Alternativen auf das Pflegepersonal „fixiert“<sup>2939</sup>. Für dessen Beschäftigung zu sorgen, ist eine Möglichkeit, sich dessen Gesellschaft zu verschaffen<sup>2940</sup>. Die Pflegekräfte sind vermutlich erst im Verlaufe der Zeit zu der Auffassung gelangt, dass auf Seiten der Seniorin Bedarf an sozialer Betreuung bestanden hat. Die Krankenschwester verdeutlicht, auf Seiten der Seniorin **Bedarf an Beratung**<sup>2941</sup> und **Bedarf an medizinischer Behandlung**<sup>2942</sup> wahrgenommen zu haben. Die Krankenschwester verdeutlicht nicht, Bedarf an psychologischer Behandlung festgestellt zu haben.

<sup>2928</sup> vgl.: EPI 6 A1: 20; EPI 6 A2: 19f.

<sup>2929</sup> vgl.: EPI 6 A1: 75.

<sup>2930</sup> vgl.: EPI 6 A1: 15, 74; EPI 6 A2: 2, 14f, 74, 79.

<sup>2931</sup> vgl.: EPI 6 A1: 74.

<sup>2932</sup> EPI 6 A2: 95.

<sup>2933</sup> ebd.: 79.

<sup>2934</sup> EPI 6 A1: 54.

<sup>2935</sup> ebd.: 15f.

<sup>2936</sup> EPI 6 A2: 95.

<sup>2937</sup> vgl.: EPI 6 A1: 14.

<sup>2938</sup> ebd.: 16.

<sup>2939</sup> EPI 6.3: 8.

<sup>2940</sup> vgl.: EPI 6 A1: 75.

<sup>2941</sup> vgl.: EPI 6.3: 13.

<sup>2942</sup> vgl.: EPI 6 A1: 72f; EPI 6.3: 11.

Wie sind die Pflegekräfte in der **Kommunikation mit den Angehörigen** verfahren? Haben die Pflegekräfte sich mit den Angehörigen über den Unterstützungsbedarf verständigt? Die Krankenpflegehelferin berichtet: „Die Tochter ist der Meinung, dass die Mutter pflegebedürftig ist“<sup>2943</sup>. Die Krankenschwester berichtet, der Tochter erklärt zu haben, dass deren Mutter gegenwärtig keinen nennenswerten Pflegebedarf aufweise, Hat die Tochter sich umstimmen lassen? Hat sie sich jener Auffassung der Krankenschwester angeschlossen? Die Schilderung der Krankenschwester lässt vermuten: Die Tochter hat durch Gesten Missbilligung zum Ausdruck gebracht und hat kein Wort der Billigung gefunden. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zwar zu entnehmen, dass sie in der erzählten Zeit den Versuch unternommen hat, sich mit den Angehörigen über den **Bedarf an Pflege** zu verständigen<sup>2944</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester kann jedoch nicht entnommen werden, dass sie in der erzählten Zeit versucht hat, sich mit den Angehörigen auch über den **Bedarf an sozialer Betreuung** zu verständigen.

#### 6.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben

##### 6.2.2.5.1. Die Pflege

Das **Engagement der Pflegekräfte** zeichnet sich durch die Anforderung aus, das **Engagement im Einzelfall** mit dem **Engagement im Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen. Die Pflegekräfte verdeutlichen, sich die Frage gestellt zu haben, ob sie zur Zeit angesichts des im Bestand der Fälle zu absolvierenden Arbeitsvolumens "eine Stunde" für den Einzelfall reservieren können<sup>2945</sup>. Sie verdeutlichen ferner, jene Frage bejaht zu haben<sup>2946</sup>. Sie verdeutlichen auch, zu befürchten, dass der Einzelfall im Bestand der Fälle als Präzedenzfall benutzt werden kann<sup>2947</sup>. Das Engagement der Pflegekräfte ist ferner durch seine **Begrenztheit** gekennzeichnet. Das Engagement der Pflegepersonals beschreibend, berichtet die Krankenschwester: Das Pflegepersonal habe Hilfe bei der Körperpflege geleistet<sup>2948</sup>. Es habe die Medikamente gerichtet und die Medikamenteneinnahme im Rahmen seiner Möglichkeiten kontrolliert<sup>2949</sup>. Es habe

---

<sup>2943</sup> EPI 6 A2: 82.

<sup>2944</sup> vgl.: EPI 6.3: 22.

<sup>2945</sup> vgl.: EPI 6 A2: 26.

<sup>2946</sup> vgl.: EPI 6 A1: 64; EPI A2: 26.

<sup>2947</sup> vgl.: EPI A1: 69.

<sup>2948</sup> vgl.: ebd.: 75.

<sup>2949</sup> vgl.: EPI 6 A1: 19f, 73; EPI 6.3: 12.

jeweils einen Pflegeeinsatz pro regulären Arbeitstag durchgeführt. Am Wochenende habe es keine Pflegeeinsätze geleistet<sup>2950</sup>. Pro Pflegeeinsatz sei eine Stunde Arbeitszeit reserviert<sup>2951</sup> und jeweils eine Pflegekraft im Wechsel eingeplant worden<sup>2952</sup>. Das **Engagement der Angehörigen** beschreibend, berichtet die Krankenpflegehelferin: Die Tochter habe im Verlaufe der Zeit aufgehört, die Medikamente zu richten<sup>2953</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Die Tochter hat im Verlaufe der Zeit nicht begonnen, Hilfe bei der Körperpflege zu leisten<sup>2954</sup>.

Die Tochter hat die Beteiligung an der **Produktion der Pflegeleistungen** im Verlaufe der Zeit vermutlich eingestellt. Die Pflegekräfte berichten nicht, im Verlaufe der Zeit den Versuch unternommen haben, die Tochter als Pflegeperson zu gewinnen, die entweder alleine oder im Wechsel mit den Pflegekräften **Hilfe bei der Körperpflege** leistet. Nach Ansicht der Krankenschwester fehlt es der Tochter an der Bereitschaft, ihrer Mutter bei der Körperpflege behilflich zu sein. Nach Meinung der Krankenschwester ist die Tochter der Auffassung: Bezahlte Helfer sollen ihrer Mutter bei der Körperpflege behilflich sein. Nach Ansicht der Krankenschwester zieht die Tochter die finanzielle Selbstbeteiligung an den Pflegekosten einer praktischen Selbstbeteiligung an der Pflege vor<sup>2955</sup>. Die Krankenschwester erklärt: „Die wird die Mutter nie waschen“<sup>2956</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester betrachtet es als unrealistisch, die Tochter aufzufordern, Hilfe bei der Körperpflege zu leisten. Anzunehmen ist ferner: Die Krankenschwester bewertet es auch als unrealistisch, die Tochter aufzufordern, zumindest **Hilfe bei der Gesichtspflege** zu leisten. Die Krankenschwester berichtet: Das Problem der Seniorin sei, gerne geschminkt zu sein, aber nicht mehr fähig zu sein, sich selber zu schminken. Die Möglichkeit einer Übernahme des Schminkdienstes durch die Pflegekräfte ausklammernd, benennt die Krankenschwester zwei Alternativen der Problembearbeitung: Die Seniorin muss entweder auf das Schminken verzichten oder die Tochter um Übernahme des Schminkdienstes bitten<sup>2957</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie sei zwar der Meinung<sup>2958</sup>, dass die Tochter bei der Gesichtspflege behilflich sein könnte. Es handele sich erstens um eine Leistung, die sie regelmäßig an der eigenen Person vollbringe und zweitens um eine Hilfeleistung, die keine nennenswerte

---

<sup>2950</sup> vgl.: EPI 6 A1: 9; EPI 6.3: 1.

<sup>2951</sup> vgl.: EPI 6 A1: 64.

<sup>2952</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>2953</sup> vgl.: EPI 6 A2: 19.

<sup>2954</sup> vgl.: EPI 6.3: 24.

<sup>2955</sup> vgl.: EPI 6 A1: 2.

<sup>2956</sup> EPI 6.3: 24.

<sup>2957</sup> vgl.: EPI 6 A1: 55.

<sup>2958</sup> vgl.: EPI 6.2: 4.



Belastung darstelle. Sie nehme auf Seiten der Tochter jedoch keine Bereitschaft wahr, der Mutter bei der Gesichtspflege behilflich zu sein<sup>2959</sup>.

Nach Aussage der Pflegekräfte hat die Tochter sich im Verlaufe der Zeit fortgesetzt an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt. Die zwischen Pflegepersonal und Tochter zu bewerkstelligende Verständigung über die Organisation des häuslichen Pflegeprozesses ist vermutlich ausschließlich auf die Frage konzentriert gewesen, wie die Pflegearbeit auf Arbeitszeit und Arbeitskraft des Pflegepersonals verteilt werden soll. Die Pflegekräfte verdeutlichen, den Prozess der Verständigung über die Organisation des häuslichen Pflegeprozesses als konfliktträchtig erlebt zu haben. Nach Aussage der Pflegekräfte hat die Tochter, sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligend, Versuche unternommen, die Arbeitszeiten und die Arbeitsleistungen des Pflegepersonals auszudehnen. Nach Auskunft der Pflegekräfte sind jene Versuche der Tochter teils erfolgreich, teils erfolglos verlaufen<sup>2960</sup>.

Die Aufmerksamkeit auf **Prozesse der Sicherstellung der körperlichen Pflege** lenkend, rekonstruieren die Pflegekräfte Versuche der Tochter, die **Arbeitszeiten** des Pflegepersonals auszudehnen. Sie verdeutlichen: Die Tochter hat die Anzahl der Einsatztage pro Woche und die Anzahl der Einsätze pro Tag erhöht wissen wollen. Anzunehmen ist: Der zwischen Pflegepersonal und Tochter im Kontext des Erstbesuches gebahnte Konflikt um die Anzahl der **Einsatztage pro Woche** ist im Verlaufe der Zeit nicht in einer den Pflegekräften genehmen Weise gelöst worden. Die Krankenpflegehelferin berichtet: Das Pflegepersonal habe für die Bearbeitung des Bestands der Fälle eine Arbeitsroute entwickelt. Jener Arbeitsroute hätte im Einzelfall ein Plan entsprochen, an jedem zweiten regulären Arbeitstag einen Pflegeeinsatz zu leisten<sup>2961</sup>. Jener Plan sei ein einziges Mal verwirklicht worden. Die dauerhafte Verwirklichung jenes Planes sei am Einspruch der Tochter gescheitert. Den Vorstellungen der Tochter gemäß habe das Pflegepersonal begonnen, an allen regulären Einsatztagen Einsätze zu leisten. Die Krankenpflegehelferin hat sich nach eigener Aussage in der fortgesetzten Auseinandersetzung um die Anzahl der Einsatztage pro Woche letztendlich **für einen Ausbau des formellen Pflegeprogramms** entschieden<sup>2962</sup>. Wie lässt sich die fortgesetzte Auseinandersetzung um die Anzahl der Einsatztage pro Woche, basierend auf den Ausführungen der Krankenpflegehelferin, **zusammenfassend** darstellen? Die Krankenpflegehelferin thematisiert den Verlauf der ersten beiden Pflegeeinsätze.

---

<sup>2959</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>2960</sup> vgl.: EPI 6 A1: 20, A2: 31f; EPI 6.3: 22.

<sup>2961</sup> vgl.: EPI 6 A2: 28.

<sup>2962</sup> vgl.: ebd.: 32.

- Wie ist der **erste Einsatz** verlaufen? Die Ausführungen der Krankenpflegehelferin lassen vermuten: Sie hat unterstellt, dass auf Seiten der Seniorin ein **Wunsch** nach formeller Körperpflege besteht<sup>2963</sup>. Sie hat den **Bedarf** an formeller Körperpflege geprüft. Sie ist zu der Auffassung gelangt, dass die Seniorin bei der Körperpflege „normalerweise noch keine Hilfe benötigt“<sup>2964</sup>. Die Ausführungen der Krankenpflegehelferin lassen ferner vermuten: Sie hat unterstellt, sich auf die Einwilligung der Seniorin berufen zu können, wenn sie entscheidet, an den regulären Einsatztagen Einsätze in zweitägigem Rhythmus durchzuführen. Sie hat unterstellt, sich mit der Seniorin über die Entscheidung verständigt zu haben, an den regulären Einsatztagen Einsätze in zweitägigem Rhythmus durchzuführen<sup>2965</sup>.
- Die Krankenpflegehelferin hat es nach eigenen Angaben unterlassen, die Tochter über das geplante formelle Pflegeprogramm, d.h. über Einsätze in zweitägigem Rhythmus, zu verständigen<sup>2966</sup>. Hat sie es unterlassen, die Tochter über das geplante formelle Pflegeprogramm zu informieren, hat sie es auch unterlassen, den Versuch zu unternehmen, sich mit der Tochter auf das geplante formelle Pflegeprogramm zu verständigen. Wie lassen sich jene Unterlassungen erklären? Die Krankenpflegehelferin hat sich möglicherweise nicht veranlasst gesehen, die Tochter zu verständigen: Nach Ansicht der Krankenpflegehelferin hatte die Tochter dem im Prozess der Entscheidungsfindung gewählten Verfahren, der Verständigung mit der Seniorin, zugestimmt<sup>2967</sup>. Nach Ansicht der Krankenpflegehelferin hat zudem keine Veranlassung bestanden, an der Entscheidungsfähigkeit der Seniorin zu zweifeln<sup>2968</sup>. Möglich ist auch: Die Krankenpflegehelferin hat befürchtet, dass der Versuch, sich mit der Tochter zu verständigen, scheitert.
- Den **Verlauf des zweiten Einsatzes** besprechend, verdeutlicht die Krankenpflegehelferin: Die Tochter hat zu Beginn jenes zweiten Einsatzes das Gespräch mit der Krankenpflegehelferin gesucht. Die Seniorin hat jenem Gespräch nicht beigewohnt. Die Seniorin hat auf die Ankunft der Krankenpflegehelferin gewartet. Den Verlauf des zweiten Einsatzes

---

<sup>2963</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2964</sup> ebd.: 2.

<sup>2965</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2966</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2967</sup> vgl.: ebd.: 31.

<sup>2968</sup> vgl.: ebd.: 7.

rekonstruierend, verdeutlicht die Krankenpflegehelferin ferner: Auch die Seniorin hat das Gespräch mit der Krankenpflegehelferin gesucht. Jenem Gespräch hat die Tochter nicht beigewohnt. Die Tochter ist der Krankenpflegehelferin nicht an deren Arbeitsplatz gefolgt. Die Krankenpflegehelferin hat sich vielmehr ohne Begleitung der Tochter an den in jenem Privathaushalt gelegenen Arbeitsplatz begeben, um Pflege zu leisten. Die Seniorin hat jene sich ihr mit Ankunft der Krankenpflegehelferin bietende Gelegenheit zum Gespräch genutzt<sup>2969</sup>.

- Wie ist das **Gespräch** zwischen **Krankenpflegehelferin und Tochter** verlaufen? Den Ausführungen der Krankenpflegehelferin ist zu entnehmen: Es hat sich ein Streitgespräch entwickelt. Die Tochter hat Einspruch gegen die Entscheidung erhoben, Einsätze in zweitägigem Rhythmus durchzuführen, und hat den Wunsch nach Einsätzen in täglichem Rhythmus manifestiert<sup>2970</sup>. Die Ausführungen der Krankenpflegehelferin lassen vermuten: Zwischen Krankenpflegehelferin und Tochter hat sich keine Einigkeit herstellen lassen, weder bei der Beurteilung des Bedarfs an formeller Körperpflege, noch bei der Beurteilung der Möglichkeiten und Grenzen, der Seniorin das **Recht auf Selbstbestimmung** im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege einzuräumen<sup>2971</sup>.
- Und wie ist das **Gespräch** zwischen **Krankenpflegehelferin und Seniorin** verlaufen? Nach eigener Aussage hat die Krankenpflegehelferin erfahren, dass es zu einem Streitgespräch zwischen Mutter und Tochter gekommen ist, in dessen Verlauf die Tochter negiert hat, dass die Mutter ein Recht auf Selbstbestimmung im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege besitzt<sup>2972</sup>. Den Ausführungen der Krankenpflegehelferin ist zu entnehmen: Sie hat die Seniorin verständigt, sich entschieden zu haben, das formelle Pflegeprogramm durch Einführung von Einsätzen an allen regulären Einsatztagen auszubauen. Die Seniorin hat sich mit dem Ausbau des formellen Pflegeprogramms einverstanden erklärt und hat Einsätzen in täglichem Rhythmus zustimmt<sup>2973</sup>.
- Die Krankenpflegehelferin hat sich nach eigener Aussage im Rahmen des zweiten Einsatzes für einen Ausbau des formellen Pflegeprogramms

---

<sup>2969</sup> vgl.: ebd.: 32f.

<sup>2970</sup> vgl.: ebd.: 31f.

<sup>2971</sup> vgl.: ebd.: 7, 31.

<sup>2972</sup> vgl.: ebd.: 32f.

<sup>2973</sup> vgl.: ebd.: 32.

entschieden: Sie hat nach eigenen Angaben die Entscheidung gefällt, die Anzahl der Einsatztage pro Woche zu erhöhen und an allen regulären Einsatztagen Einsätze durchzuführen. Anzunehmen ist: Sie hat jene Entscheidung auf Basis ihrer Gespräche mit der Tochter und der Seniorin gefällt. Anzunehmen ist ferner: Sie hat jene Entscheidung widerwillig gefällt. Jene Entscheidung fällend, hat sie einerseits vermutlich angenommen: Es besteht zwar der Wunsch nach formeller Körperpflege, aber kein Bedarf an formeller Körperpflege. Jene Entscheidung fällend, hat sie andererseits vermutlich angenommen: Wenn die Tochter ihre Handlungsspielräume nutzt, indem sie ihre Beziehungen zum Bürgermeister aktiviert, dann kommt es zu einem sich verschärfenden Konflikt. Wenn die Pflegekräfte ihre Handlungsspielräume nutzen und freie Kapazitäten binden, dann lässt sich eine Verschärfung des Konfliktes vermeiden<sup>2974</sup>.

Wie stellt sich die fortgesetzte Auseinandersetzung um die Anzahl der Einsatztage pro Woche, basierend auf den Ausführungen der Krankenpflegehelferin, **im Detail** betrachtet, dar? Die Aufmerksamkeit auf den **ersten Pflegeeinsatz** lenkend, schildert die Krankenpflegehelferin: Die Seniorin habe ihr erklärt, das Pflegepersonal bräuchte sich nicht jeden Tag, sondern nur jeden zweiten Tag engagieren, um Hilfe bei der Pflege zu leisten. Die Aufmerksamkeit auf den **zweiten Pflegeeinsatz** richtend, schildert die Krankenpflegehelferin: Die Tochter habe sie empfangen und habe eine Erklärung verlangt. Die Tochter habe sie aufgefordert, jede Änderung des formellen Pflegeprogramms mit ihr persönlich abzusprechen. Die Tochter habe jene Forderung mit der Ansicht begründet, ihre Mutter sei außerstande, selber zu entscheiden, in welchem Ausmaß Pflege erforderlich sei.<sup>2975</sup> Die Tochter habe die Auffassung vertreten, ihre Mutter benötige täglich und nicht jeden zweiten Tag Hilfe bei der Pflege. Die Krankenpflegehelferin schildert ferner: Sie habe erwidert, die Tochter habe sie autorisiert, Einzelheiten zur Ausgestaltung des formellen Pflegeprogramms mit der Mutter zu besprechen. Sie habe betont: Sie fühle sich durch deren Mutter autorisiert, ein verkürztes Programm durchzuführen. Sie habe erklärt: Wenn deren Mutter sich einverstanden erkläre, dann werde sie jenes verkürzte Programm absolvieren, da die zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals begrenzt seien. Daraufhin habe die Tochter erwidert: „Ich will Ihnen mal eins sagen, das wird jetzt täglich bitteschön gemacht“<sup>2976</sup>. Die Krankenpflegehelferin erzählt: Die Seniorin habe ihr mitgeteilt, die Tochter habe sie

---

<sup>2974</sup> vgl.: ebd.: 31ff.

<sup>2975</sup> ebd.: 7, 31.

<sup>2976</sup> ebd.: 32.

„zur Schnecke gemacht“<sup>2977</sup>. Die Seniorin habe auf Nachfrage erklärt: Die Tochter habe die Auffassung vertreten, sie „hätte keine eigenen Entscheidungen zu treffen“<sup>2978</sup>. Die Krankenpflegehelferin erzählt ferner: Sie habe den Eindruck gewonnen, die in ihrem Selbstbestimmungsrecht verletzte Seniorin habe „sich gefühlt, als hätte sie einen kleinen Schaden“<sup>2979</sup>. Sie habe versucht, die Seniorin zu beruhigen. Die Seniorin habe die Einwilligung in den Ausbau des formellen Pflegeprogramms ausgesprochen<sup>2980</sup>.

Der zwischen Pflegepersonal und Tochter im Kontext des Erstbesuches gebahnte Konflikt um die Anzahl der **Einsätze pro Tag** ist nach Darstellung der Krankenschwester vorläufig in einer den Pflegekräften genehmen Weise bearbeitet worden. Die Tochter hat nach Auskunft der Krankenschwester den Versuch gestartet, die Pflegekräfte zu verpflichten, die Anzahl der Einsätze pro Tag zu erhöhen. Jenem Versuch ist nach Angaben der Krankenschwester kein Erfolg beschieden gewesen. Die Krankenschwester hat sich nach eigener Aussage in der fortgesetzten Auseinandersetzung um die Anzahl der Einsätze pro Tag **gegen einen Ausbau des formellen Pflegeprogramms** entschieden. Wie lässt sich die fortgesetzte Auseinandersetzung um die Anzahl der Einsätze pro Tag, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Tochter hat in einem Gespräch mit der Krankenschwester den **Wunsch** nach einem sich in der Einführung von Einsätzen zur Abendzeit niederschlagenden Ausbau des formellen Pflegeprogramms manifestiert. Die Tochter hat in jenem Gespräch die Ansicht vertreten, dass die Krankenschwester über Handlungsspielräume, d.h. über freie Kapazitäten, verfügt, die es ihr ermöglichen, jenen Wunsch nach einem Ausbau des formellen Pflegeprogramms zu erfüllen. Die Tochter hat zudem erklärt, ein Gespräch mit dem Bürgermeister geführt zu haben<sup>2981</sup>.
- Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung in dem Gespräch mit der Tochter die Auffassung vertreten: Es besteht gegenwärtig **kein Bedarf**, das formelle Pflegeprogramm durch Einführung von Einsätzen zur Abendzeit auszubauen. Sie ist nicht verpflichtet, Wünsche nach Pflege zu erfüllen. Sie ist bedingt verpflichtet, Bedarf an Pflege zu bearbeiten. Wenn sie den Wunsch nach formeller Pflege wahrnimmt und Bedarf an formeller Pflege anerkennt, dann

---

<sup>2977</sup> ebd.: 32.

<sup>2978</sup> ebd.: 32f.

<sup>2979</sup> ebd.: 33.

<sup>2980</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>2981</sup> vgl.: EPI 6.3: 22.

besteht für sie die Verpflichtung, im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten<sup>2982</sup>.

- Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Krankenschwester hat der Tochter zu verstehen gegeben, dass sie den Ausbau des formellen Pflegeprogramms unter den gegebenen Umständen ablehnt. Die Krankenschwester hat der Tochter ferner zu verstehen gegeben, dass sie nicht gewillt ist, sich in jener Entscheidung durch den zwischen Tochter und Bürgermeister bestehenden Kontakt beeinflussen zu lassen. Die Tochter hat es vermutlich unterlassen, jener Entscheidung zuzustimmen<sup>2983</sup>.

Wie stellt sich die fortgesetzte Auseinandersetzung um die Anzahl der Einsätze pro Tag, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet, dar? Die Krankenschwester erzählt: Am Freitag habe die Tochter das Gespräch mit ihr gesucht. Die Tochter habe erklärt: „Wie denn, Sie arbeiten acht Stunden, dann können Sie auch abends anderthalb Stunden kommen und können meine Mutter versorgen“<sup>2984</sup>. Sie habe der Tochter erwidert: Deren Mutter weise gegenwärtig keinen nennenswerten Pflegebedarf auf. Auf die Bemerkung der Tochter, sie habe das Thema mit dem Bürgermeister besprochen, habe sie erwidert: „Dadrüber können Sie ruhig mit unserem Bürgermeister sprechen. Ich bin nicht der Auffassung, daß [sic.] Ihre Mutter so viel Pflege braucht“<sup>2985</sup>.

Die Aufmerksamkeit auf **Prozesse der Sicherstellung einer regelgemäßen Medikamentierung** richtend, rekonstruieren die Pflegekräfte einen Versuch der Tochter, die **Arbeitsleistungen** der Pflegekräfte auszudehnen. Sie machen deutlich: Die Tochter hat dem Pflegepersonal das Richten der Medikamente übertragen wollen. Die Krankenpflegehelferin erzählt: In der Anfangszeit habe die Tochter ihr mitgeteilt, dass sie selber die Aufgabe übernehme werde, die Medikamente zu stellen und dass die Pflegekräfte lediglich die Aufgabe übernehmen sollten, auf die Einnahme der Medikamente zu achten<sup>2986</sup>. Die Krankenschwester erzählt: In der Folgezeit habe die Tochter ihr mitgeteilt, dass sie sich außerstande sehe, die Aufgabe des Medikamentenstellens zu erledigen, dass vielmehr das Pflegepersonal jene Aufgabe übernehmen solle. Die Krankenschwester erklärt erstens: Sie sei zwar nicht erfreut gewesen, dass ihr jene Aufgabe übertragen worden sei, habe aber eine Einwilligung

---

<sup>2982</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>2983</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>2984</sup> ebd.: 22.

<sup>2985</sup> ebd.: 22.

<sup>2986</sup> vgl.: EPI 6 A2: 19f.

ausgesprochen und habe umgehend mit der Aufgabenerledigung begonnen<sup>2987</sup>. Die Krankenschwester erklärt zweitens: Mittlerweile könne sie verstehen, dass die Tochter die Bereitschaft aufgekündigt habe, jene Aufgabe zu erledigen. Die Krankenschwester verdeutlicht, wiederholt erlebt zu haben, dass die Patientin ihr beim Aufgabenvollzug „dazwischenquasselt“<sup>2988</sup>. Wie lässt sich jener in einem **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** mündende Prozess der Sicherstellung der regelgemäßen Medikamentierung, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Nach Angaben der Krankenschwester hat die Tochter um den Ausbau der formellen Pflege im Rahmen der Sicherstellung einer regelgemäßen Medikamentierung gebeten. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Tochter jene **Bitte** unter Anspielung auf das Gefühl drohender Überforderung erläutert<sup>2989</sup>. Hat die Tochter die Bitte formuliert, die formelle Pflege im Rahmen der Sicherstellung einer regelgemäßen Medikamentierung auszubauen, hat die Tochter den **Wunsch** nach einem Ausbau der formellen Pflege im Rahmen der Sicherstellung einer regelgemäßen Medikamentierung manifestiert.
- Die Krankenschwester verdeutlicht, **Bedarf** an einem Ausbau der formellen Pflege im Rahmen der Sicherstellung einer regelgemäßen Medikamentierung anerkannt zu haben. Sie ist sich vermutlich bewusst gewesen: Sie übernimmt eine Aufgabe, deren Erledigung generell fehleranfällig ist. Sie kann bei der Aufgabenerledigung jederzeit einen für die Patientin folgeschweren Fehler begehen. Sie kann jederzeit für einen Fehler bei der Aufgabenerledigung verantwortlich gemacht werden. Sie ist sich vermutlich bewusst geworden: Speziell das Kommunikationsbedürfnis der Patientin erschwert den fehlerfreien Aufgabenvollzug<sup>2990</sup>.
- Die Krankenschwester verdeutlicht, das Kommunikationsbedürfnis der Patientin wiederholt als Störung für die Aufgabenerledigung wahrgenommen zu haben und wiederholt den Versuch unternommen zu haben, jenes Kommunikationsbedürfnis in seinem Störeffekt aus dem Prozess der Aufgabenerledigung auszuklammern. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, in der Kommunikation mit der Patientin

---

<sup>2987</sup> vgl.: EPI 6 A1: 20.

<sup>2988</sup> ebd.: 21.

<sup>2989</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>2990</sup> vgl.: ebd.: 21.

auf den Störeffekt jenes Kommunikationsbedürfnisses verweisend, wiederholt Verständnis für den Versuch der Tochter bekundet zu haben, sich von der Erledigung jener Aufgabe zu befreien<sup>2991</sup>.

Wie stellen sich jene Kommunikationsprozesse mit der Seniorin, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Den mit dem ersten Arbeitsprozess verknüpften Kommunikationsprozess rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Während sie die Medikamente sortiert habe<sup>2992</sup>, habe die Patientin versucht, sie in ein Gespräch zu verwickeln. Sie habe der Patientin erklärt: Für einen fehlerfreien Aufgabenvollzug sei Ruhe geboten. Die Patientin solle die Ruhestörung für die Dauer des Aufgabenvollzugs unterlassen. Sie könne verstehen, dass deren Tochter angesichts jener Ruhestörung jene Aufgabe nicht habe bewältigen können<sup>2993</sup>. Einen sich am Sortiertag grundsätzlich wiederholenden, **regelmäßig** mit dem Arbeitsprozess verknüpften Kommunikationsprozess rekonstruierend, berichtet die Krankenschwester: Am Sortiertag bitte die Patientin sie, die Medikamente zu richten. Die Patientin verknüpfe jene Bitte mit der Erklärung: „Meine Tochter macht das nicht“<sup>2994</sup>. Die Patientin suche Konversation. Sie erkläre der Patientin: Es sei zwecks fehlerfreier Aufgabenerledigung erforderlich, sich konzentrieren zu können und nicht zeitgleich Konversation betreiben zu müssen. Sie könne verstehen, dass deren Tochter sich überfordert gefühlt habe, jene Aufgabe fortgesetzt zu erledigen<sup>2995</sup>.

Die Krankenschwester ist vermutlich der Auffassung: Die Pflegekräfte haben einen Beitrag zur **Entlastung der Tochter** geleistet<sup>2996</sup>. Die Krankenschwester ist vermutlich auch der Auffassung: Die Tochter hätte zur **Entlastung der Pflegekräfte** beitragen können und sollen. Die Belastung des Pflegepersonals wäre teilweise vermeidbar gewesen, wenn die Tochter es nicht an Unterstützung hätte fehlen lassen<sup>2997</sup>.

#### 6.2.2.5.2. Die Beratung

Die Krankenschwester berichtet: Sie habe ein auf regionaler Ebene eingerichtetes Angebot zur Fortbildung und Supervision des in der ambulanten Pflege tätigen Pflegepersonals genutzt, sich selber beraten zu lassen. Sie habe den Rat der leitenden

---

<sup>2991</sup> vgl.: ebd.: 19ff.

<sup>2992</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>2993</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>2994</sup> ebd.: 19.

<sup>2995</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>2996</sup> vgl.: EPI 6 A1: 13, 19; EPI 6.3: 3, 6, 11.

<sup>2997</sup> vgl.: EPI 6 A1: 2.



Sozialarbeiterin beherzigt, eine kommunikative Strategie einzusetzen<sup>2998</sup>, um die eigene Sichtweise zu prüfen, die Seniorin sei nicht von Einsamkeit betroffen<sup>2999</sup>. Sie sei ferner dem Rat des leitenden Psychologen gefolgt, eine kognitive Strategie zu benutzen<sup>3000</sup>, um Arbeit mit Wut und Zorn zu vermeiden<sup>3001</sup>. Die Krankenschwester berichtet des Weiteren: Sie habe sich nicht nur selber beraten lassen<sup>3002</sup>, sondern sie habe auch selber Beratung geleistet<sup>3003</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat im Rahmen der Pflegeeinsätze Beratung geleistet. Sie hat keine gesonderten Beratungseinsätze durchgeführt. Anzunehmen ist ferner: Sie hat ausgewählte Familienmitglieder, d.h. Seniorin und Tochter, beraten.

Die Krankenschwester erklärt **in der Erzählzeit**: Wenn die Tochter verstärkt Interesse erkennen lassen würde und die Mutter verstärkt unterstützen würde, „dann würde das auch alles besser ablaufen“<sup>3004</sup>. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Ausgewählte Handlungen der Tochter zeugen von deren „Desinteresse an der ganzen Sache“<sup>3005</sup> und beeinträchtigen den Zustand der Mutter. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage eine sich **in der erzählten Zeit** bietende Gelegenheit genutzt, die Tochter über jene Handlungsfolge aufzuklären. Die Krankenschwester schildert: Sie habe in der erzählten Zeit eines **Pflegeeinsatzes** die Gelegenheit gehabt, die Reaktion der Tochter auf ein Malheur zu beobachten, welches der an Urininkontinenz leidenden Seniorin widerfahren sei. Die Seniorin habe „das Bett naßgemacht [sic.]“<sup>3006</sup>. Beim Betreten des Zimmers habe die Tochter eine Erklärung für das abgezogene Bett erfragt: Was ist denn das? Eine Erklärung anbietend, habe deren Mutter geantwortet: „Das Bett ist naß [sic.]“.<sup>3007</sup> Die Tochter habe sich mit jener Erklärung nicht begnügt und eine Erklärung für das nasse Bett erfragt: „Wovon kommt denn das?“.<sup>3008</sup> Die Tochter habe die Auffassung vertreten: Am Kopfende kann man das Bett nicht nass machen. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe widersprochen. Sie habe der Tochter erklärt: Wenn deren Mutter im Bett sitzend lese, dann kann das Bett am Kopfende nass werden. Daraufhin habe die Tochter das Zimmer wortlos verlassen. Die Seniorin habe erklärt: Sie begreife nicht, dass die Tochter den Widerspruch der Pflegekraft unkommentiert gelassen habe. Wenn sie der Tochter widersprochen hätte, dann wäre die Tochter ihr „wieder über den Mund

---

<sup>2998</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>2999</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>3000</sup> vgl.: EPI 6.3: 16.

<sup>3001</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>3002</sup> vgl.: EPI 6 A1: 45; EPI 6.3: 16.

<sup>3003</sup> vgl.: EPI 6 A1: 18; EPI 6.3: 13, 18f.

<sup>3004</sup> EPI 6 A1: 2.

<sup>3005</sup> ebd.: 2.

<sup>3006</sup> EPI 6.3: 17.

<sup>3007</sup> ebd.: 17.

<sup>3008</sup> ebd.: 17.

gefahren"<sup>3009</sup> und dann hätte die Tochter ihr „wieder die Hölle heißgemacht“<sup>3010</sup>. Die Krankenschwester schildert: Sie habe eine sich im Anschluss an jenen Pflegeeinsatz bietende Gelegenheit genutzt, eine **Fallbesprechung** mit der Tochter unter Ausschluss der Patientin durchzuführen. Sie habe der Tochter erklärt: „Schimpfen Sie doch Ihre Mutter nicht aus. Das wird doch immer schlimmer. Das ist doch auch seelisch bei ihr bedingt. Je mehr Ärger die hat, umso schlimmer wird das doch“<sup>3011</sup>. Wie lässt sich die Belehrung der Tochter, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat die Tochter belehrt, wie das Malheur und die beobachtete Reaktion auf jenes Malheur aus Sicht der Pflegekraft zu bewerten sind. Sie hat die Tochter aufgeklärt, dass der seelische Zustand der Mutter aus Sicht der Pflegekraft beeinträchtigt ist und dass aus Sicht der Pflegekraft ein Zusammenhang zwischen der Reaktion der Tochter, dem beeinträchtigten seelischen Zustand der Mutter und der Urininkontinenz besteht<sup>3012</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Sie hat die Tochter belehrt, dass deren tadelnde Reaktion auf Inkontinenz zur Bearbeitung einer auch seelisch bedingten Inkontinenz aus Sicht der Pflegekraft falsch ist. Die getadelte Person deutet die tadelnde Reaktion als drohenden Liebesentzug. Jene Deutung verstärkt das getadelte Malheur. Möglich ist: Sie hat es der Tochter überlassen, von der Aufklärung über die falsche Reaktion auf die richtige Reaktion zu schließen<sup>3013</sup>.

Die Krankenschwester schildert zwar, der Tochter erklärt zu haben, dass sie den seelischen Zustand der Mutter durch drohenden Liebesentzug beeinträchtigt. Sie schildert aber nicht, der Tochter erklärt zu haben, dass sie den seelischen Zustand der Mutter **auch** durch Entzug von Gesellschaft beeinträchtigt. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat die Tochter weder aufgeklärt, dass deren Mutter an einer „Vereinsamung in der Familie“<sup>3014</sup> leidet, noch hat sie der Tochter geraten, sich zu engagieren, um jenes Leiden zu mindern<sup>3015</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener

---

<sup>3009</sup> ebd.: 18.

<sup>3010</sup> ebd.: 18.

<sup>3011</sup> ebd.: 18f.

<sup>3012</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3013</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3014</sup> EPI 6 A1: 51.

<sup>3015</sup> vgl.: ebd.: 51.

Aussage den beeinträchtigten seelischen Zustand der Seniorin und die Konflikthaftigkeit der Familienbeziehung wahrgenommen. Sie hat jene Wahrnehmungen vermutlich nicht zum Anlass genommen, den Familienmitgliedern zu einer **psychologischen Behandlung** zu raten. Sie hat jene Wahrnehmung vermutlich zum Anlass genommen, einem ausgewählten Familienmitglied, d.h. der Seniorin, zu raten, im Rahmen individueller Selbsthilfe eine kognitive Strategie zu wählen, um seelische Belastung nach Möglichkeit zu vermeiden. Sie berichtet: Sie habe der Seniorin empfohlen, sie solle „Rüffel nicht so ernstnehmen.“<sup>3016</sup> Sie erklärt: „Man ergreift irgendwo Partei, weil man doch irgendwo merkt, daß [sic.] sie ziemlich allein ist in der großen Familie“<sup>3017</sup>.

Die Krankenschwester schildert: Sie habe die an Diabetes erkrankte Seniorin belehrt, dass deren Ernährungsgewohnheiten als Diabetikerin falsch seien. Sie habe sie sowohl über die Folgen falscher Ernährungsgewohnheiten bei Diabetes, als auch über die richtige Ernährungsweise bei Diabetes aufgeklärt. Möglich ist: Sie hat jene Ernährungsberatung aus eigener Veranlassung und nicht auf Veranlassung der Tochter eingeführt. Sie hat jene Ernährungsberatung möglicherweise auf die Patientin konzentriert, ohne deren Tochter in den Beratungsprozess einzubeziehen. Möglich ist: Sie hat die Tochter weder über die Ernährungsfehler aufgeklärt, noch hat sie der Tochter geraten, die Ernährungsgewohnheiten ihrer Mutter zu kontrollieren<sup>3018</sup>.

Die Vermutung liegt nahe, dass die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Krankenschwester es erstens unterlassen hat, die Familienmitglieder aufzuklären, dass ein Engagement des **gemeindlichen Pflegedienstes** im Pflegefall das Engagement einer familiären Pflegeperson voraussetzt, und dass sie es zweitens unterlassen hat, den Familienmitgliedern zu raten, den **gemeinnützigen Pflegeverein** zu Zwecken der Sicherstellung von häuslicher Pflege und sozialer Betreuung zu engagieren. Der Rat, den gemeinnützigen Pflegeverein zu engagieren, wäre einerseits naheliegend: Der gemeinnützige Pflegeverein bietet sowohl häusliche Pflege, als auch soziale Betreuung an. Ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins verheiße die Möglichkeit, das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes zu ergänzen, wenn nicht gar zu ersetzen. Die beklagte Vergeudung der eigenen Arbeitszeit ließe sich vermindern, wenn nicht gar verhindern. Der Rat, den gemeinnützigen Pflegeverein zu engagieren, wäre andererseits konfliktträchtig. Die Krankenschwester schildert, ihr sei in einem Dienstgespräch, das sich nicht auf die Bearbeitung des Einzelfalles, sondern auf die Bearbeitung des Bestands der Fälle bezogen habe, erklärt worden, dass die Pflegekräfte des gemeindlichen Pflegedienstes den anfallenden Pflegebedarf nach Möglichkeit

---

<sup>3016</sup> ebd.: 43.

<sup>3017</sup> ebd.: 43.

<sup>3018</sup> vgl.: EPI 6.3: 13.

abdecken sollen. Sie sei der Meinung, der Dienstherr befürchte, dass der gemeinnützige Pflegeverein in existenzschädigender Weise die Arbeit des gemeindlichen Pflegedienstes absorbiere. Aber sie persönlich sei beruhigt, wenn Helfer in Situationen verfügbar seien, die die Pflegekräfte des gemeindlichen Pflegedienstes nicht bewältigen können. Ein Versuch, dem gemeinnützigen Pflegeverein einen Fall zu vermitteln, kann einerseits als Versuch der Organisation von Unterstützung für jenen Einzelfall, andererseits als Versuch der Unterstützung des gemeinnützigen Pflegevereins gedeutet werden: Der gemeinnützige Pflegeverein kann sich in politischen Verhandlungen über die Möglichkeiten und Grenzen seiner finanziellen Förderung darauf berufen, dass Bedarf an häuslicher Pflege und Betreuung über gemeindliche Pflegedienste nicht abgedeckt wird. Die Krankenschwester befürchtet generell: Wenn der Dienstherr entdeckt, dass sie versucht, dem gemeinnützigen Pflegeverein Einzelfälle zu vermitteln, dann drohen ihr Komplikationen. Die Krankenschwester hegt speziell die Befürchtung: Die Beziehung, die der Dienstherr zur Familie hat, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Vermittlungsaktion entdeckt wird und sie sich Komplikationen einhandelt<sup>3019</sup>.

Hat die Krankenschwester den Versuch unternommen, den Familienmitgliedern zu raten, Vorbereitungen für eine **Heimpflege** zu treffen? Die Krankenschwester berichtet, es sei zwar **im Allgemeinen** das Ziel ambulanter Pflege, einer älteren Person einen solange wie möglich währenden Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen, aber sie persönlich sei der Auffassung: Wenn eine ältere Person sich grundsätzlich für die Alternative einer Heimübersiedlung entscheidet<sup>3020</sup> und diese Entscheidung mit der Familie gemeinsam fälle, dann soll diese Person sich „**beizeiten**“<sup>3021</sup> von der Alternative des Verbleibs in eigener Häuslichkeit verabschieden und die Heimpflege einleiten. Eine beizeiten eingeleitete Heimpflege sei zweifach vorteilhaft: Sie verheiße der älteren Person eine einstweilen angenehme Lebensphase im Heim und den im Heim arbeitenden Pflegekräften eine einstweilen weniger belastende Arbeitsphase: Sie sehen sich einstweilen nicht gefordert, einen Pflegefall zu bearbeiten und „zuviel [sic.] Pflege“<sup>3022</sup> zu leisten. Wie ist die Krankenschwester im Einzelfall vorgefahren? Sie hat nach eigener Aussage zu Zwecken einer Beratung die Seniorin ausgewählt. Sie berichtet erstens, um die grundsätzliche Bereitschaft der Seniorin zu wissen, in ein Heim zu wechseln, sollte sich der Bedarf an Pflege nicht mehr im häuslichen Kontext decken lassen<sup>3023</sup>. Sie berichtet zweitens, um deren Wunsch zu wissen, mit einer bereits im Heim lebenden Freundin Kontakt von Angesicht zu Angesicht zu haben. Sie berichtet drittens, der

---

<sup>3019</sup> vgl.: EPI 6.2: 6.

<sup>3020</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>3021</sup> ebd.: 8; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3022</sup> ebd.: 8.

<sup>3023</sup> vgl.: EPI 6 A1: 16; EPI 6.2: 1.

Seniorin geraten zu haben: Wenn es deren Wunsch sei, gemeinsame Zeit mit der Freundin zu verleben, dann sei sie angesichts der Fristigkeit ihrer beider Lebenszeit gefordert, sich „**so schnell wie möglich**“<sup>3024</sup> um eine Heimübersiedlung zu bemühen. Sie berichtet nicht, zu Zwecken einer Beratung die Tochter ausgewählt zu haben.

### 6.2.2.5.3. Die soziale Betreuung

Anzunehmen ist erstens: Beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, haben der Seniorin Gesellschaft geleistet und haben sich auf diese Weise an der sozialen Betreuung der Seniorin beteiligt. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekräfte haben der Seniorin in stärkerem Maße als die Angehörigen Gesellschaft geleistet<sup>3025</sup>. Die Pflegekräfte haben im Rahmen der Pflegeeinsätze vermutlich nicht nur Pflege, sondern auch Gesellschaft geleistet. Naheliegend ist die Vermutung: Die Pflegekräfte haben es als **Belastung** betrachtet, der Seniorin Gesellschaft zu leisten. Die Krankenschwester erklärt: Sie sehe sich im Einzelfall gefordert, eine Stunde Arbeitszeit und Arbeitskraft zu investieren<sup>3026</sup>, um „**eine Laberstunde**“<sup>3027</sup> zu absolvieren. Sie sei als Pflegekraft im Ausbildungsprozess jedoch nicht angehalten worden, ausschließlich Konversation zu betreiben. Ihr sei als Pflegekraft im Ausbildungsprozess vielmehr beigebracht worden, Arbeit zu leisten und das Arbeitspensum zu erledigen. Als Pflegekraft erlebe sie berufliche Situationen, in denen sie gefordert sei, lediglich Konversation zu betreiben, als Belastung. Wenn sie in beruflichen Situationen Arbeit parallel zur Konversation verrichten kann, dann sei das Gefühl von Belastung vergleichsweise geringer<sup>3028</sup>. Zu vermuten ist auch: Die Pflegekräfte haben die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten erlebt, jenes Gefühl von **Belastung** zu **bewältigen**. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe im Einzelfall wiederholt den **Abbau** von Zeit pro Einsatz erprobt. Jene Versuche, Zeit pro Einsatz abzubauen, seien jedoch erfolglos verlaufen<sup>3029</sup>. Sie habe im Einzelfall auch versucht, den **Ausbau** von Zeit pro Einsatz zu vermeiden<sup>3030</sup>. Die Krankenschwester ist nicht nur der Auffassung, dass die Seniorin den systematischen Abbau von Zeit pro Einsatz vereitelt<sup>3031</sup>, sondern sie hegt auch den Verdacht, dass die Seniorin durch Simulation von Befindlichkeitsstörungen den Ausbau von Zeit pro Einsatz betreibt<sup>3032</sup>.

<sup>3024</sup> EPI 6 A1: 18; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3025</sup> vgl.: EPI 6 A2: 83f; EPI 6 A1: 25, 44, 54.

<sup>3026</sup> vgl.: EPI 6 A1: 64.

<sup>3027</sup> ebd.: 60; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3028</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>3029</sup> vgl.: ebd.: 61.

<sup>3030</sup> vgl.: EPI 6.2: 6.

<sup>3031</sup> vgl.: EPI 6 A1: 21, 63f.

<sup>3032</sup> vgl.: ebd.: 10.

Die Krankenschwester verdeutlicht ihr Bemühen, das im Einzelfall erlebte Missverhältnis zwischen Arbeit und Konversation durch Auswahl von Arbeit zu korrigieren<sup>3033</sup>.

Die Vermutung liegt nahe: Die Pflegekräfte haben sich gefordert gesehen, der Seniorin **Gesellschaft zu leisten**, und haben Möglichkeiten vermisst, **Gesellschaft zu organisieren**, um Gesellschaft leisten zu lassen. Denkbar wäre: Gesellschaft organisierend, bemüht die Krankenschwester sich, den gemeinnützigen Pflegeverein, ein natürlich gewachsenes soziales Netzwerk, sprich: die Familie, und/oder ein künstlich geschaffenes soziales Netzwerk, sprich: den freiwilligen Besuchsdienst, zu engagieren, Gesellschaft zu leisten. Kann die Krankenschwester sich des gemeinnützigen Pflegevereins bedienen? Sie hat in Anbetracht der Besonderheiten des Einzelfalles vermutlich keinen Versuch gestartet, den gemeinnützigen Pflegeverein zu engagieren<sup>3034</sup>. Kann die Krankenschwester sich der Familie bedienen? Anzunehmen ist: Sie schätzt es, wenn Angehörige auf Bedürfnisse älterer Familienmitglieder nach sozialer Bindung und Sozialkontakt Rücksicht nehmen. Sie erlebt jene Rücksichtnahme als Handlungsweise, die einer Wertvorstellung entspricht, die sie bezüglich der Gestaltung von Familienbeziehungen hat. Sie betrachtet es vermutlich als Selbstverständlichkeit, wenn Angehörige einem älteren Familienmitglied Gesellschaft leisten<sup>3035</sup>, hat in Anbetracht der Besonderheiten des Einzelfalles aber keinen Versuch unternommen, die Angehörigen zu motivieren, verstärkt Gesellschaft zu leisten. Kann die Krankenschwester sich des freiwilligen Besuchsdienstes bedienen? Die Krankenschwester berichtet: Versuche, den freiwilligen Besuchsdienst zu engagieren, Gesellschaft zu leisten, seien zum Scheitern verurteilt<sup>3036</sup>.

#### 6.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekräfte, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? Das **Engagement der Tochter** beschreibend, berichtet die Krankenschwester: Die Tochter habe zur Hausarbeit zählende Verrichtungen wie die Zubereitung ausgewählter Mahlzeiten übernommen<sup>3037</sup>. Das **Engagement der Pflegekräfte** beschreibend, berichtet die Krankenschwester: Das Pflegepersonal habe in der Zeit **während** seiner Einsätze Tätigkeiten verrichtet, die sich einerseits durch ihre Nähe zur Hausarbeit, andererseits durch ihre Nähe zur Pflegearbeit kennzeichnen

---

<sup>3033</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>3034</sup> vgl.: EPI 6.2: 6; EPI 6.3: 22.

<sup>3035</sup> vgl.: EPI 6 A1: 44.

<sup>3036</sup> vgl.: ebd.: 58.

<sup>3037</sup> vgl.: EPI 6.3: 11.

lassen. Das Pflegepersonal habe das eingenässte Bett abgezogen<sup>3038</sup>, die eingenässte Wäsche eingeweicht<sup>3039</sup> und die „Windeleimer geleert“<sup>3040</sup>. Anzunehmen ist: Die Pflegekräfte, namentlich die Krankenschwester, haben mit der Übernahme jener Tätigkeiten auch der eigenen Aversion gegen Untätigkeit Rechnung getragen. Die Krankenschwester erklärt: Sie sei an jener Ausweitung „aber auch selber schuld“<sup>3041</sup>. Wenn die Seniorin auf der Toilette ist, „dann muß [sic.] man immer warten“<sup>3042</sup>. In der Zeit sei sie nicht gern untätig. Also **suche** sie sich ausgewählte „**Arbeit**“<sup>3043</sup>. Das Engagement der Pflegekräfte beschreibend, berichtet die Krankenschwester ferner: Das Pflegepersonal habe in der Zeit **zwischen** seinen Einsätzen eine Tätigkeit übernommen, die ausschließlich zur Hausarbeit zähle. Es habe die im Rahmen der alltäglichen Lebensführung zu absolvierenden Einkäufe getätigt. Die Krankenschwester erklärt: Einkaufsdienste seien auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation in den Katalog denkbarer Unterstützungsleistungen aufgenommen worden. Für Einkaufsdienste werde eine Gebühr erhoben<sup>3044</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: Sie habe angenommen, dass Einkaufsdienste auf der Ebene des Einzelfalles als wählbare Unterstützungsleistung ausscheiden. Sie habe sich unterstellt, die Seniorin werde durch die Gebührenerhebung abgeschreckt. Sie habe sich aber geirrt: „Den Gefallen tut sie mir nicht“<sup>3045</sup>. Die Krankenschwester vermutet: Die Seniorin habe „sich mit der Tochter ein bißchen [sic.] zerstritten“<sup>3046</sup>, bevor sie das Personal gebeten habe, Einkaufsdienste zu übernehmen.

### 6.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung

Die **Prognosen**, die die Krankenschwester **in der Erzählzeit** über die Entwicklung der Fallproblematik formuliert, beziehen sich zum einen auf den **Zustand der Seniorin**. Die Krankenschwester antizipiert, dass der Hilfebedarf auf Seiten der Seniorin in Zukunft steigt<sup>3047</sup>. Hat die Krankenschwester die Tochter über jene Prognose aufgeklärt? Die Krankenschwester berichtet: Sie habe der Tochter erklärt, deren Mutter befinde sich einstweilen in einem Stadium niedrigen Hilfebedarfs. Die Krankenschwester hat die

---

<sup>3038</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>3039</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3040</sup> ebd.: 5.

<sup>3041</sup> ebd.: 6.

<sup>3042</sup> ebd.: 6.

<sup>3043</sup> ebd.: 6; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3044</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3045</sup> ebd.: 4.

<sup>3046</sup> ebd.: 4.

<sup>3047</sup> vgl.: EPI 6.3: 13; EPI 6.3: 24f.

Tochter nach eigenen Angaben auf die Möglichkeit vorbereitet, dass jenes Stadium niedrigen Hilfebedarfs in Zukunft in ein Stadium steigenden Hilfebedarfs umschlägt<sup>3048</sup>.

Die Prognosen, die die Krankenschwester in der Erzählzeit über die Entwicklung der Fallproblematik formuliert, beziehen sich zum anderen auf die Möglichkeiten und Grenzen eines **Engagements der Tochter** im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege. Die Krankenschwester bezweifelt, dass die Tochter Pflege leisten wird, wenn der Hilfebedarf auf Seiten ihrer Mutter steigt. Die Krankenschwester erklärt: Sie könne sich nicht vorstellen, dass die Tochter als familiäre Pflegeperson fungieren werde<sup>3049</sup>. Sie glaube nicht, dass die Tochter ihrer Mutter Hilfe beim Waschen oder Anziehen anbieten werde. Sie vermute, dass die Tochter allenfalls ausgewählte Hilfen im Haushalt übernehmen und das „Frühstück bringen“<sup>3050</sup> werde.

Ein erster Bestandteil des seitens der Pflegekräfte **in der Erzählzeit** offenbarten **Planes** zur Bearbeitung der Fallproblematik bezieht sich auf den bedingten **Abbau des formellen Pflegeprogramms**. Die Krankenpflegehelferin erklärt: Die Pflegekräfte ziehen in Erwägung, in Zukunft die Anzahl der Einsatztage pro Woche und/oder die Zeit pro Einsatz zu reduzieren, wenn ein im Einzelfall fortgesetzt geringfügiger Hilfebedarf auf eine im Bestand der Fälle steigende Anzahl behandlungsbedürftiger Patienten trifft<sup>3051</sup>. Die Krankenschwester betont: Sie kann sich vorstellen, dass ein Konflikt mit der Familie ausbrechen wird, wenn die Pflegekräfte jenen Gedanken in die Tat umsetzen wollen. „Da gibt es noch Theater. Das wird noch Reibereien geben“<sup>3052</sup>. „Die Tochter wird Rabatz machen“<sup>3053</sup>. Anzunehmen ist: Jener Plan zum bedingten Abbau des formellen Pflegeprogramms ist vorläufig ein **Geheimplan** der Pflegekräfte. Sie gedenken, die Tochter erst einzuweißen, wenn die sich Planungsphase der Phase der Planumsetzung nähert.

Ein zweiter Bestandteil des **in der Erzählzeit** offenbarten Planes zur Bearbeitung der Fallproblematik bezieht sich auf den bedingten **Ausbau des formellen Pflegeprogramms**. Die Krankenschwester verwirft nicht die Möglichkeit, die Anzahl der Einsätze pro Tag zu erhöhen. Unter welchen Bedingungen soll jener Ausbau erfolgen? Welches Ausmaß soll jener Ausbau annehmen? Die Krankenschwester antizipiert: Die Bitte um formelle Pflege zur Abendzeit wird neuerlich artikuliert<sup>3054</sup>. Sie lässt die Bereitschaft erkennen, Einsätze anzubieten, um Bedarf an formeller Pflege zu decken. Sie lässt nicht die Bereitschaft erkennen, Einsätze anzubieten, um Wünsche nach Pflege

---

<sup>3048</sup> vgl.: EPI 6.3: 22.

<sup>3049</sup> vgl.: ebd.: 24f.

<sup>3050</sup> EPI 6.2: 4.

<sup>3051</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3052</sup> EPI 6 A1: 26.

<sup>3053</sup> ebd.: 27.

<sup>3054</sup> vgl.: EPI 6 A1: 27; EPI 6.2: 5.



und Gesellschaft zu befriedigen. Sie erklärt: Sie werde im Bedarfsfall zusätzliche Einsätze einführen. Sie werde sie aber „nicht abends um acht oder um neun, sondern um fünf“ beginnen lassen<sup>3055</sup>. Sie werde auch nicht anderthalb Stunden verweilen. Sie werde nur verweilen, um Hilfe beim An- und Auskleiden zu leisten. Sie werde weder weitere Pflegeleistungen erbringen, noch werde sie Gesellschaft leisten<sup>3056</sup>. Sie betont die eigene Konfliktbereitschaft: „Da wird sie sich umgucken. Mit mir nicht“<sup>3057</sup>.

Ist auch jener Plan, das formelle Pflegeprogramm im Bedarfsfall in begrenztem Maße auszubauen, ein **Geheimplan** der Pflegekräfte? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe die Tochter über die Regel für einen Personaleinsatz zur Abendzeit bereits aufgeklärt, als die Tochter den erneuten Versuch gestartet habe, die Pflegekräfte zu verpflichten, Einsätze zur Abendzeit zu absolvieren. Sie habe der Tochter erklärt: Wenn deren Mutter aus Krankheitsgründen künftig der Hilfe zur Abendzeit bedürfen würde, dann würden die Pflegekräfte Einsätze zur Abendzeit einführen, vordem aber nicht<sup>3058</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, die Tochter über die Bedingungen aufgeklärt zu haben, unter denen sie bereit wäre, das formelle Pflegeprogramm auszubauen.

Eine Situation antizipierend, in welcher die Seniorin in steigendem Maße der Pflege bedarf, zieht die Krankenschwester in der Erzählzeit zwei Möglichkeiten der Situationsbearbeitung in Betracht: einerseits die **bedingte Fortsetzung der häuslichen Pflege** ohne Mitarbeit der Tochter und andererseits die **Heimpflege**. Die Krankenschwester berichtet nicht, dass sie plant, die Familie und namentlich die Tochter zu beeinflussen, sich bereit zu erklären, im Falle steigenden Pflegebedarfs gemeinsam mit den Pflegekräften häusliche Pflege zu leisten, um durch jene praktische Selbstbeteiligung an der häuslichen Pflege eine Heimpflege möglichst zu vermeiden. Die Krankenschwester berichtet auch nicht, dass sie gedenkt, auf die Familie und namentlich auf die Tochter Einfluss zu nehmen, sich mit der Seniorin zu verständigen und beizeiten die Heimpflege zu bahnen<sup>3059</sup>.

- Die Krankenschwester vermutet, dass die Tochter im Falle steigenden Pflegebedarfs erwarten würde, dass die Pflegekräfte morgens, mittags und abends Pflege leisten. Die Krankenschwester räumt in der Erzählzeit zwar ein, dass die Pflegekräfte sich im Bedarfsfall an der Sicherstellung der häuslichen

---

<sup>3055</sup> EPI 6 A1: 27.

<sup>3056</sup> vgl.: EPI 6.2: 5.

<sup>3057</sup> EPI 6 A1: 27.

<sup>3058</sup> vgl.: EPI 6.3: 22.

<sup>3059</sup> vgl.: EPI 6.2: 8.

Pflege beteiligen müssten und würden. Sie unterlässt es aber, sich in der Erzählzeit auf ein Engagement definierten Ausmaßes festzulegen<sup>3060</sup>.

- Die Krankenschwester bemerkt: Die Seniorin habe sich bedingt mit dem Gedanken an eine Heimpflege abgefunden<sup>3061</sup>. Sie habe zwar nicht die Bereitschaft erklärt, in einem Stadium geringfügigen Pflegebedarfs auf ein Leben in der eigenen Häuslichkeit zu verzichten. Sie habe sich aber bereit erklärt, in einem nicht mehr im häuslichen Kontext zu bewältigenden Stadium des Pflegebedarfs in ein Heim zu wechseln<sup>3062</sup>, „um der Familie nicht mehr weiter zur Last zu fallen“<sup>3063</sup>.
- Die Krankenpflegehelferin erklärt: Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter sei konfliktträchtig. Die Krankenpflegehelferin prognostiziert: Das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter wird sich nicht verbessern. Die Konflikte werden sich eher mehren, wenn die Mutter bettlägerig wird. Die Krankenpflegehelferin vermutet: Vielleicht ist eine Heimpflege eine Lösung, die „für beide Seiten gut“<sup>3064</sup> ist. Die Krankenpflegehelferin erklärt: Wenn die Spannung zwischen den Familienmitgliedern zu groß ist, dann ist das Leben im Familienkreis „nicht mehr schön“<sup>3065</sup>.
- Die Krankenschwester prognostiziert: Die Seniorin wird im Falle einer Heimpflege zusätzlich eine private Pflegerin engagieren. Auf der Basis des eigenen Arbeitsverhältnisses prophezeit die Krankenschwester jener privaten Pflegekraft ein belastendes Arbeitsverhältnis. Sie erklärt: Die Seniorin bedarf einer festen Bezugsperson. Jener Bezugsperson aber wird es ein Problem sein, sich mit der Seniorin zu arrangieren, die permanenten Kontakt begehre. Man sei über eine „Auszeit froh“<sup>3066</sup>. Ohne Auszeit sei der Kontakt „nämlich nicht die ganze Zeit“<sup>3067</sup> zu ertragen.

---

<sup>3060</sup> vgl.: EPI 6.3: 35.

<sup>3061</sup> vgl.: EPI 6.2: 1.

<sup>3062</sup> vgl.: EPI 6 A1: 16; EPI 6.2: 1.

<sup>3063</sup> EPI 6.2: 1.

<sup>3064</sup> EPI 6 A2: 92.

<sup>3065</sup> ebd.: 93.

<sup>3066</sup> EPI 6.3: 23.

<sup>3067</sup> ebd.: 23.

#### 6.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft

Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung rekonstruierend, stellt die Pflegekraft<sup>3068</sup> die Arbeit im Falle einer Seniorin vor, die sie zu den „Fittesten“<sup>3069</sup> im Bestand der Fälle zählt. Sie verdeutlicht: Sie unterstellt der Tochter, nicht die Lieblingstochter ihrer Mutter zu sein und es bei der Behandlung ihrer Mutter an Liebe fehlen zu lassen<sup>3070</sup>. Sie unterstellt der Tochter ferner, nicht nur „ein gutes Verhältnis zum Bürgermeister“<sup>3071</sup> zu haben, sondern auch den Willen zu besitzen, sich jenes Verhältnisses im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses zu bedienen. Nach Darstellung der Pflegekraft hat die Tochter keine (nennenswerte) informelle Pflege geleistet. Die Pflegekraft sieht sich im Falle einer Seniorin engagiert, der sie vermutlich prophezeit, im Pflegefall keine Chance auf informelle Pflege zu haben. Sie nimmt vermutlich an: Im Pflegefall wird sich eine **Heimpflege** nicht vermeiden lassen. Nach Auffassung der Pflegekraft lässt die Seniorin einen gegenwärtig geringen Bedarf an Pflege erkennen. Die Seniorin verkörpert nach Ansicht der Pflegekraft nicht nur einen **Fall von sozialer Isolation**, sondern auch einen **Fall von „Vereinsamung“**<sup>3072</sup>: einen Fall von „Vereinsamung in der Familie“<sup>3073</sup>. Die Pflegekraft konstatiert eine **Kumulation von Problemen**: Sie begegnet einerseits einer Seniorin, die in einer Familie mit vielen Familienmitgliedern lebt, „ziemlich alleine“<sup>3074</sup> ist und „vereinsamt“<sup>3075</sup>, die multimorbid ist, die in der Vergangenheit einen Schlaganfall erlitten hat, ohne infolgedessen pflegebedürftig geworden zu sein, die in der Gegenwart an Bluthochdruck leidet und infolgedessen schlaganfallgefährdet ist, die an Diabetes erkrankt ist und infolgedessen von einer zunehmenden Verschlechterung der Sehfähigkeit bedroht ist und die an einer „auch seelisch“<sup>3076</sup> bedingten Urininkontinenz leidet. Sie begegnet andererseits einer im Haus lebenden Tochter, von deren Belastung sie ausgeht<sup>3077</sup>. Sie registriert die Konfliktrichtigkeit jener Familienbeziehung. Aus Sicht der Pflegekraft zeugt das im Einzelfall etablierte formelle Pflegeprogramm von einer **Vorzugsbehandlung**, die man

---

<sup>3068</sup> Die Pflegefachkraft, die Krankenschwester, wird der Einfachheit halber nachfolgend als Pflegekraft bezeichnet.

<sup>3069</sup> EPI 6.3: 22.

<sup>3070</sup> vgl.: EPI 6.2: 6.

<sup>3071</sup> EPI 6 A1: 38.

<sup>3072</sup> ebd.: 54; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3073</sup> ebd.: 54.

<sup>3074</sup> EPI 6 A1: 44.

<sup>3075</sup> ebd.: 54.

<sup>3076</sup> EPI 6.3:18.

<sup>3077</sup> vgl.: EPI 6 A1: 46.

zwar widerwillig, jedoch „zwangsläufig“<sup>3078</sup> in Fällen wählt, in denen eine bekanntermaßen gute Beziehung zum Bürgermeister und zur Verwaltung besteht<sup>3079</sup>.

## 6.4.1. Handlungsbedingungen

### 6.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Es sind vermutlich sowohl **Bedürfnisse** der Seniorin, als auch Bedürfnisse der Angehörigen in Rechnung zu stellen.<sup>3080</sup> Die Pflegekraft nimmt nach eigener Aussage den Wunsch **der Seniorin** wahr, solange wie möglich in der Häuslichkeit verweilen zu können. Jener Wunsch lässt sowohl auf ein Bedürfnis nach sozialer Bindung als auch auf ein Bedürfnis nach Sicherheit schließen. Zu vermuten ist: Um Sicherstellung einer regelmäßigen Krankheitsbearbeitung bemüht, hat die Pflegekraft der schlaganfallgefährdeten und an Diabetes erkrankten Seniorin ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext unterstellt. Zu vermuten ist ferner: An der Sicherstellung der Körperpflege beteiligt, hat die Pflegekraft der urininkontinenten Seniorin nicht nur ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene, sondern auch ein Bedürfnis nach sozialer Bindung unterstellt. Die Pflegekraft nimmt eigenem Bekunden nach an: Die Seniorin hat ein Bedürfnis nach sozialer Bindung, ein Bedürfnis nach „Liebe“<sup>3081</sup> und „Gesellschaft“<sup>3082</sup>. Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung auch der Annahme: Jenes Bedürfnis nach sozialer Bindung bleibt in der Beziehung zu der im Haus lebenden Tochter unbefriedigt und schlägt sich in der Beziehung zu dem Pflegepersonal nieder. Die Pflegekraft weiß einerseits um eine körperliche Erkrankung **der Angehörigen**, andererseits um deren häusliche Pflichten im Rahmen der Haushaltsführung und Kindererziehung. Sie unterstellt der Angehörigen vermutlich, ein Bedürfnis nach Erholung zu haben. Sie nimmt vermutlich auch an: Die Angehörige hat ein zeitweilig unbefriedigtes Bedürfnis nach Sicherheit in der häuslichen Pflege. Die Angehörige hat Angst, Fehler im Rahmen der Sicherstellung einer regelmäßigen Krankheitsbearbeitung zu begehen.

---

<sup>3078</sup> ebd.: 38.

<sup>3079</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>3080</sup> siehe Kapitel 6.2.1.1.; Kapitel 6.2.2.2.; Kapitel 6.2.2.3.; Kapitel 6.2.2.4.; Kapitel 6.2.2.5.1.; Kapitel 6.2.2.5.2. und Kapitel 6.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3081</sup> EPI 6.2: 6.

<sup>3082</sup> EPI 6 A1: 66.

Deutlich wird: Die Pflegekraft nimmt Bedarf an persönlicher Hilfestellung im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahr.<sup>3083</sup> Den auf Seiten der Seniorin bestehenden Hilfebedarf prüfend, stellt sie einen geringen **Bedarf an Pflege** fest. Sie ist der Ansicht: Der Bedarf an Pflege beschränkt sich einerseits auf die Sortierung der Medikamente, andererseits auf die Kontrolle der Medikamenteneinnahme. Es bedarf keiner Hilfe beim Waschen. Sie ist der Auffassung: Das formelle Pflegeprogramm mit jeweils einem einstündigen Pflegeeinsatz an fünf Einsatztagen pro Woche überschreitet das Maß des fachlich Notwendigen. Sie stellt auf Seiten der Seniorin einen hohen **Bedarf an sozialer Betreuung** fest. Sie registriert: Nicht nur auf Seiten der Seniorin, sondern auch auf Seiten der Angehörigen besteht **Bedarf an formeller Pflegeberatung**. Sie ist sich vermutlich auch bewusst: Die Angehörige bedarf einer befristeten Auszeit von Arbeit und Leben im häuslichen Kontext.

#### 6.4.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft registriert die Existenz von **Familienbeziehungen**.<sup>3084</sup> Die Seniorin lebt allein in einem Haushalt. Sie hat zwei Töchter: Die eine lebt mit ihrer Familie in demselben Haus, die andere lebt mit ihrer Familie in einem entfernt gelegenen Ort. Die Pflegekraft unterstellt: In der Beziehung zu der im Haus lebenden Tochter fehlt es nicht an **räumlicher Nähe**, sondern an **sozialer Nähe**: Nach Aussage der Pflegekraft unterlässt es jene im Haus lebende Tochter, ihrer Mutter Gesellschaft zu leisten<sup>3085</sup>. Nach Meinung der Pflegekraft fehlt es in der Beziehung zu jener Tochter auch an **emotionaler Nähe**: Sie vermutet, dass jene Tochter keineswegs die Lieblingstochter ihrer Mutter ist, es bei der Behandlung ihrer Mutter an Liebe fehlen lässt<sup>3086</sup> und „Desinteresse an der ganzen Sache“<sup>3087</sup> hat. Die Pflegekraft hegt die Vermutung, dass beide Familienmitglieder immerzu dominant gewesen sind<sup>3088</sup>. Nach Einschätzung der Pflegekraft ist die Beziehung zwischen der Mutter und jener Tochter belastet<sup>3089 3090</sup>. Das im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrnehmbare **familiale Engagement** ist wahrscheinlich hauptsächlich ein Engagement jener im Haus lebenden Tochter. Die Pflegekraft ist der Ansicht: Jene Tochter leistet Unterstützung weder auf

---

<sup>3083</sup> siehe Kapitel 6.2.2.4. und Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3084</sup> siehe Kapitel 6.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3085</sup> vgl.: EPI 6 A1: 44.

<sup>3086</sup> vgl.: EPI 6.2: 6.

<sup>3087</sup> EPI 6 A1: 2.

<sup>3088</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>3089</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>3090</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Basis eines Gefühls von liebevoller Zuneigung<sup>3091</sup>, noch auf Basis eines Gefühls von selbstverständlicher Verpflichtung. Jene Tochter leistet Unterstützung auf Basis des Gefühls einer leidigen Verpflichtung. Jene Tochter betrachtet es als leidige Pflicht, die Mutter zu unterstützen. Jene Tochter leistet Unterstützung mit Widerwillen.<sup>3092</sup> Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Jene Tochter hat sich im Verlaufe der Zeit fortgesetzt an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt, hat aber die Beteiligung an der **Produktion von Pflegeleistungen** im Verlaufe der Zeit eingestellt.<sup>3093</sup> Die Pflegekraft sieht sich veranlasst, das familiäre Engagement zu beanstanden. Sie verweist auf **Qualitätsmängel**.<sup>3094</sup> Sie ist der Ansicht, dass es jener im Haus lebenden Tochter an der Bereitschaft mangelt, Unterstützung zu leisten, und dass es jene im Haus lebende Tochter ein bisschen an Unterstützung fehlen lässt<sup>3095</sup>. Die Pflegekraft vertritt die Auffassung, dass von einer „**Belastung**“<sup>3096</sup>, wenn nicht gar von einer Überforderung jener körperlich kranken Tochter auszugehen ist, wenn deren häusliche Verpflichtungen (Hausarbeit und Kindererziehung) in Rechnung gestellt werden.<sup>3097</sup>

#### 6.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Es besteht zwar die Möglichkeit, dass das Pflegepersonal im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** auch in Fällen mit geringem und geringstem Pflegebedarf übernimmt. Die Möglichkeiten, formelle Pflege zu leisten, sind aber auch in Fällen mit geringem und geringstem Pflegebedarf nicht unbegrenzt. Nicht die Sortierung der Medikamente, sondern die Kontrolle der Medikamenteneinnahme kann sich als Aufgabe erweisen, die die organisatorischen Möglichkeiten des Pflegepersonals sprengt. Deutlich wird: Die **Einsatztage pro Woche** unterliegen Beschränkungen. Pflegeeinsätze werden wochenends nur im Notfall absolviert. Sie lassen sich nicht beliebig auf einen Einsatztag verteilen. Sie können im Bedarfsfall zu ausgewählten Tageszeiten durchgeführt werden. Für Pflegeeinsätze lassen sich Termine zur Vormittagszeit sowie Termine zur Abendzeit vorsehen. Die Abendzeit gilt als interpretationsbedürftige Größe. Die Anzahl der **Einsätze pro**

---

<sup>3091</sup> vgl.: EPI 6.2: 6.

<sup>3092</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3093</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3094</sup> siehe Kapitel 6.2.2.1. und Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3095</sup> vgl.: EPI 6 A1: 2.

<sup>3096</sup> ebd.: 46; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3097</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

**Einsatztag** lässt sich nicht beliebig erhöhen: Ein Einsatz pro Einsatztag ist aus Sicht des Pflegepersonals normal. Zwei Einsätze pro Einsatztag sind bedingt machbar. Die **Zeit pro Einsatz** unterliegt Beschränkungen: In der Regel werden für Einsätze, in denen Grundpflege zu leisten ist, abhängig von Befund und Befindlichkeit der zu pflegenden Person, dreißig Minuten oder fünfundvierzig Minuten oder sechzig Minuten Zeit reserviert<sup>3098</sup>. Aus Sicht des Pflegepersonals sind Einsätze von sechzig Minuten Dauer im Einzelfall machbar. Einsätze von über sechzig Minuten Dauer sind aus Sicht des Pflegepersonals auch im Einzelfall nicht machbar.<sup>3099</sup>

Begrenzt sind auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, **pflegenahe Leistungen** zu erbringen: Das Pflegepersonal kann zwar **pflegenahe Beratungsleistungen** übernehmen, hat aber keine Garantie dafür, dass Beratungsaktionen erwünscht sind und erfolgreich verlaufen. Es kann im Falle einer Patientin, die an Diabetes erkrankt ist, über eine regelgemäße Ernährung aufklären. Im Falle einer unter Urininkontinenz leidenden Patientin kann es Erklärungsmöglichkeiten für jenes Beschwerdebild anbieten. Es könnte im Falle einer Patientin, bei der es Anzeichen einer psychosomatischen Störung wahrnimmt, nicht nur auf Möglichkeiten individueller und familiärer Selbsthilfe hinweisen, sondern auch zu einer psychologischen Behandlung raten. Im Falle einer Patientin, deren „Vereinsamung in der Familie“<sup>3100</sup> es registriert, könnte es die Förderung von Sozialkontakt empfehlen.<sup>3101</sup>

Das Pflegepersonal vermag in begrenztem Umfang auch **pflegenahe Betreuungsleistungen** zu übernehmen: Die Pflegekraft will den Pflegeeinsatz nach eigener Darstellung als Arbeitseinsatz verstanden wissen. Der Pflegeeinsatz dient aus Sicht der Pflegekraft der Erledigung der Arbeit: dem Vollzug der Pflege. Er lässt sich aus Sicht der Pflegekraft zwar nutzen, die Arbeit in Verbindung mit Konversation zu erledigen<sup>3102</sup>, soll aber keine „Lagerstunde“<sup>3103</sup> darstellen.<sup>3104</sup> Das Pflegepersonal kann ferner in begrenztem Umfang **pflegenahe Hausarbeiten** verrichten: Im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes lässt sich Körperpflege bedingt mit Wäschepflege verknüpfen. Wenn das Pflegepersonal während eines Pflegeeinsatzes wahrnimmt, dass die an Urininkontinenz leidende Patientin das Bett eingenässt hat, dann kann das Pflegepersonal nach getaner Pflegearbeit beim Wechsel der Bettwäsche und beim Einweichen der eingenässen Bettwäsche behilflich sein.<sup>3105</sup>

---

<sup>3098</sup> vgl.: EPI 6 A2: 30.

<sup>3099</sup> siehe Kapitel 6.2.1.2.; Kapitel 6.2.2.5.1. und Kapitel 6.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3100</sup> EPI 6 A1: 54.

<sup>3101</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3102</sup> vgl.: EPI 6 A1: 59.

<sup>3103</sup> ebd.: 60.

<sup>3104</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3105</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Begrenzt sind nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die zu pflegende Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, Angehörige zu unterstützen. Deutlich wird: Ein Pflegeeinsatz lässt sich in begrenztem Umfang als Möglichkeit nutzen, Angehörige zu entlasten.<sup>3106</sup> Zu vermuten ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann kann das Pflegepersonal Angehörige eher in einer Phase geringen Pflegebedarfs als in einer Phase hohen Pflegebedarfs von jedweder Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen freistellen. Jene Freistellung kann nicht nur zur Entlastung der Angehörigen, sondern auch zur Entlastung einer konfliktträchtigen Familienbeziehung beitragen.

#### 6.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Aus Sicht der Pflegekraft kollidiert eine Anforderung, ausschließlich soziale Betreuung zu leisten, mit dem Auftrag, Pflege zu leisten, auf den sie sich ausbildungsbedingt verpflichtet weiß<sup>3107</sup>.<sup>3108</sup> Die Pflegekraft kann sich nach eigener Darstellung im Rahmen der Verpflichtung zur **Pflegearbeit** gefordert sehen, Pflegeleistungen zu verrichten, die auch Personen ohne Pflegeausbildung erbringen können: Hilfe beim Waschen, Richten der Medikamente und Kontrolle der Medikamenteneinnahme.<sup>3109</sup> Die Verpflichtung zur Pflegearbeit kann nach Angaben der Pflegekraft auch die Anforderung beinhalten, Pflege in Familien zu leisten, die „ein gutes Verhältnis zum Bürgermeister“<sup>3110</sup> und zur Verwaltung haben.<sup>3111</sup> Die Pflegekraft weiß einerseits: Sie ist grundsätzlich verpflichtet, ihre Patienten in gleicher und (bedarfs)gerechter Weise zu behandeln. Die Pflegekraft ist sich andererseits bewusst: Sie verletzt jene Verpflichtung, wenn sie einem Fall eine Vorzugsbehandlung zuteil werden lässt. Sie vertritt die Auffassung: In Fällen, in denen ein bekanntermaßen gutes Verhältnis zum Bürgermeister und zur Verwaltung besteht, wählt man zwar mit Widerwillen, jedoch mit Zwangsläufigkeit die Vorzugsbehandlung<sup>3112</sup>. Die Pflegekraft ist sich auch bewusst: Wenn bekannt wird, dass sie einem Fall eine Vorzugsbehandlung zuteil werden lässt, dann sind Konflikte in der Kommunikation mit allen Fällen vorprogrammiert, die jenen Fall als Präzedenzfall definieren und unter Bezugnahme auf jenen als Präzedenzfall definierten Fall Gleichbehandlung fordern.

---

<sup>3106</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3107</sup> vgl.: EPI 6 A1: 59.

<sup>3108</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3109</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3110</sup> EPI 6 A1: 38.

<sup>3111</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3112</sup> vgl.: EPI 6: A1: 38.



Aus der Verpflichtung zur Pflegearbeit ergibt sich nach Darlegung der Pflegekraft auch die Verpflichtung zur **Koordinationsarbeit**. Im Prozess der Fallauswahl und Fallbearbeitung stellen sich zahlreiche Fragen, die die Möglichkeiten und Grenzen betreffen, die Pflege und Betreuung im häuslichen Kontext zu sichern: Was sind Zielsetzungen und Aufgaben einer in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekraft? Wie ist es um die Möglichkeiten und Grenzen bestellt, das körperliche und seelische Wohlbefinden der Patientin zu fördern? Ist eine Bitte um formelle Pflege berechtigt? Besteht Bedarf an Pflege? Lässt sich der Bedarf an Pflege durch informelle Pflege decken? Bedarf es formeller Pflege? Besteht Bedarf an formeller Pflegeberatung? Wie soll Aufgabenverteilung aussehen? Welche Aufgaben übernimmt die Angehörige? Welche Aufgaben nehmen die Pflegekräfte wahr? Was sind Zeiten formeller Pflege? Ist eine so schnell wie möglich erfolgende Heimübersiedlung angezeigt<sup>3113</sup>? Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung auch in der Interaktion mit der Angehörigen gefordert, Koordinationsarbeit zu leisten.<sup>3114</sup>

Die Verpflichtung zur Pflegearbeit beinhaltet nach Darstellung der Pflegekraft auch die Verpflichtung zur **Fehlerarbeit**: Die Pflegekraft hat nach Möglichkeit Fehler zu vermeiden, die sich für die Patientin als folgeschwer erweisen können. Sie verdeutlicht am Beispiel ihrer Bemühungen um die Sicherstellung einer regelgemäßen Medikamentierung das Bestreben, Gefahren für Leib und Leben der Patientin abzuwehren.<sup>3115</sup> Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht das **Recht auf Freizeit**, das sich nicht nur im Urlaub, sondern auch am Ende des Arbeitstages und am Wochenende verwirklichen lässt.

#### 6.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Haben Angehörige ein **Recht auf die eigene Art**? Anzunehmen ist: Die Pflegekraft begegnet einer selbstbewussten Angehörigen. Aus Sicht der Pflegekraft wird das Recht der Angehörigen, mit der Pflegekraft auf selbstbewusste Art zu interagieren, durch den Anspruch der Pflegekraft begrenzt, auf respektvolle Art behandelt zu werden.<sup>3116</sup> Die Vermutung liegt nahe: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll, dann ist es aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen Aufgabe von Angehörigen, sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** zu beteiligen.

---

<sup>3113</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3114</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2.; Kapitel 6.2.2.4.; Kapitel 6.2.2.5.1. und Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3115</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3116</sup> siehe Kapitel 6.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

- Die Pflegekraft hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen das Pflegepersonal unter Umständen zwar um formelle Unterstützung bitten, sollen aber, jene **Bitte um formelle Unterstützung** formulierend, Versuche der Einflussnahme durch Versuche, einflussreiche Beziehungen spielen zu lassen, unterlassen.<sup>3117</sup>
- Die Pflegekraft hegt vermutlich auch den Anspruch: Angehörige sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Kontakt mit dem Pflegepersonal pflegen und sollen im Verlauf der Fallbearbeitung möglichst als Kontaktperson fungieren<sup>3118</sup>. Kontaktpflege kann die Organisation des häuslichen Pflegeprozesses erleichtern.<sup>3119</sup>
- Die Pflegekraft erwartet nach eigener Aussage, dass Angehörige im Verlaufe eines Einsatzes mit dem Pflegepersonal Kontakt aufnehmen, den Stand der Dinge erfragen und sich informieren lassen, sofern sie der Auffassung ist, den Angehörigen ist jene Kontaktaufnahme möglich. Sie erwartet nach eigenen Angaben nicht, dass jener Kontakt von Anfang bis Ende des jeweiligen Einsatzes währt<sup>3120</sup>.

Zu unterstellen ist: Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft nicht unter allen Umständen gefordert, sich bereits in Phasen geringen und geringsten Pflegebedarfs an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen, wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll.<sup>3121</sup> Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie kann sich gefordert sehen, Pflegeleistungen selber zu verrichten, obwohl deren Vollzug keine Pflegeausbildung erfordert (Hilfe beim Waschen, Richten der Medikamente), da sich deren Erledigung Angehörigen nicht unbedingt abverlangen lässt. Es gilt zu bedenken: Ist die Beziehung zwischen einem Angehörigen, der theoretisch informelle Pflege leisten könnte, und dem zu pflegenden Mitglied seiner Familie belastet, kann die mit der Übernahme informeller Pflegeleistungen verbundene Belastung zu einer verstärkten Belastung jener familiären Beziehung führen.

---

<sup>3117</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3. und Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3118</sup> vgl.: EPI 6 A1: 52.

<sup>3119</sup> siehe Kapitel 6.2.2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3120</sup> vgl.: EPI 6 A1: 52.

<sup>3121</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

#### 6.4.1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Die Pflegekraft ist gefordert, **Fehlern** und **Fehlermöglichkeiten** Rechnung zu tragen. Die Pflegekraft weiß: Sie kann jederzeit versehentlich einen **Deutungsfehler** begehen. Der Wunsch nach formeller Unterstützung ist als interpretationsbedürftige Größe anfällig für Deutungsfehler.<sup>3122</sup> Ist der der Seniorin zu unterstellende Wunsch nach formeller Unterstützung im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege Ausdruck fehlender Fähigkeit zur Selbsthilfe oder Ausdruck fehlender Bereitschaft zur Selbsthilfe? Lässt er auf ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene, auf ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegeprozess oder auf ein Bedürfnis nach sozialer Bindung schließen? Als interpretationsbedürftige Größe ist auch der Bedarf an formeller Unterstützung anfällig für Deutungsfehler.<sup>3123</sup> Ist es fachlich indiziert, der Seniorin im Rahmen der Körperpflege behilflich zu sein? Lassen Handlungen der Seniorin auf körperliche Befindlichkeitsstörungen oder auf die Simulation von körperlichen Befindlichkeitsstörungen schließen? Liegen seelische Befindlichkeitsstörungen vor? Die Pflegekraft hat die Einsamkeit der Seniorin nach eigenen Angaben zunächst nicht wahrgenommen<sup>3124</sup>.<sup>3125</sup> Die Pflegekraft weiß ferner: Ihr kann jederzeit aus Versehen ein **Handlungsfehler** unterlaufen. Beim Richten der Medikamente kann sie irrtümlicherweise Sortierfehler begehen.<sup>3126</sup>

#### 6.4.2. Handlungsziele

Lässt sich das Bestreben der Pflegekraft unterstellen, zur Sicherung der **Lebensqualität** auf Seiten der Seniorin beizutragen? Soll der Seniorin ermöglicht werden, solange wie möglich im häuslichen Kontext zu verweilen? Nach Aussage der Pflegekraft ist es normalerweise Ziel ambulanter Pflege, einer älteren Person einen solange wie möglich währenden Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Ist eine ältere Person jedoch grundsätzlich bereit, den Lebensabend in einem Heim zu verbringen, ist es nach Auffassung der Pflegekraft angeraten, beizeiten für eine Heimübersiedlung sorgen<sup>3127</sup>. Die Pflegekraft weiß nach eigenen Angaben sowohl um den Wunsch der Seniorin, solange wie möglich in der Häuslichkeit verweilen zu können, als auch um deren

<sup>3122</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3. und Kapitel 6.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3123</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3124</sup> vgl.: EPI 6 A1: 54.

<sup>3125</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3126</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3127</sup> vgl.: EPI 6.2: 8.

Bereitschaft, in einem nicht mehr im häuslichen Kontext zu bewältigenden Stadium des Pflegebedarfs in ein Heim zu wechseln<sup>3128</sup>, als auch um deren Wunsch, mit einer bereits im Heim lebenden Freundin Kontakt von Angesicht zu Angesicht zu haben<sup>3129</sup>.<sup>3130</sup> Nicht auszuschließen ist, dass die Lebensqualität der Seniorin im häuslichen Kontext aus Sicht der Pflegekraft gefährdet ist. Nach Angaben der Pflegekraft ist deren **seelisches Wohlbefinden** durch deren „Vereinsamung in der Familie“<sup>3131</sup> beeinträchtigt.<sup>3132</sup> Die Pflegekraft sieht vermutlich keine Möglichkeit, deren seelisches Wohlbefinden im häuslichen Kontext zu fördern: weder durch das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes, noch durch ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins, weder durch ein Engagement der Familie, noch durch ein Engagement des freiwilligen Besuchsdienstes, noch durch ein Engagement einer privaten „Gesellschafterin“<sup>3133</sup>.<sup>3134</sup> Nicht auszuschließen ist ferner, dass sich aus Sicht der Pflegekraft die Lebensqualität der Seniorin im Falle einer „so schnell wie möglich“<sup>3135</sup> eingeleiteten Heimübersiedlung verbessern ließe. Die Pflegekraft ist möglicherweise der Auffassung: Eine unverzüglich erfolgende Heimübersiedlung könnte zu einer Verstärkung des (erwünschten) Sozialkontaktes führen und jene Verstärkung des (erwünschten) Sozialkontaktes könnte zu einer Steigerung des seelischen Wohlbefindens der Seniorin beitragen.<sup>3136</sup> Die Pflegekraft ist vermutlich der Annahme: Eine Heimpflege wird sich im Pflegefall ohnehin nicht vermeiden lassen. Die Beziehung zwischen Mutter und im Haus lebender Tochter ist belastet und nicht belastbar. Im Pflegefall droht mithin die **Vakanz der familialen Pflegerolle**.<sup>3137</sup> Bleibt die familiäre Pflegerolle im Pflegefall vakant, ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege im Pflegefall gefährdet.

Kann das Bemühen der Pflegekraft unterstellt werden, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern? Die Pflegekraft macht deutlich: Sicherheit für Leib und Leben der Patientin soll soweit wie möglich gewährleistet werden. Wegen des Bluthochdrucks besteht die Gefahr eines neuerlichen Schlaganfalls. Wegen des Diabetes drohen Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit. Regelmäßige Medikamentierung und regelmäßige Ernährung sind sicherzustellen.<sup>3138</sup> Lässt sich das Bemühen der Pflegekraft unterstellen, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern? Die Pflegekraft verdeutlicht: Nach Möglichkeit soll verhindert werden, dass die Arbeitskraft des Pflegepersonals vergeudet wird. Wenn sich

<sup>3128</sup> vgl.: EPI 6 A1: 16; EPI 6.2: 1.

<sup>3129</sup> vgl.: EPI 6 A1: 18.

<sup>3130</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.2. und Kapitel 6.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3131</sup> EPI 6 A1: 54.

<sup>3132</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3133</sup> EPI 6 A1: 16.

<sup>3134</sup> siehe Kapitel 6.2.2.1.; Kapitel 6.2.2.3 und Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3135</sup> EPI 6 A1: 18.

<sup>3136</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3137</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2; Kapitel 6.2.2.5.1. und Kapitel 6.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3138</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. und Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

eine Vergeudung der Arbeitskraft von Personalpersonen nicht vermeiden lässt, dann ist aus Sicht der Pflegekraft das Ausmaß der Vergeudung von Arbeitskraft so gering wie möglich zu halten.<sup>3139</sup> Kann das Bestreben der Pflegekraft unterstellt werden, die **Qualität des Arbeitsklimas** zu sichern? Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage kein gutes Verhältnis zu der im Haus lebenden Tochter<sup>3140, 3141</sup>. Die Pflegekraft ist vermutlich darauf bedacht, nach Möglichkeit keine atmosphärischen Störungen zu provozieren.

### 6.4.3. Handlungsstrategien

#### 6.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Zu vermuten ist: Die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft ist nicht am Prozess der Fallauswahl beteiligt gewesen. Sie ist urlaubsbedingt ausgefallen und hat sich vertreten lassen. Sie hat weder die Grundsatzentscheidung gefällt, die Entscheidung für die Fallübernahme, noch hat sie erste Detailentscheidungen getroffen, die Entscheidungen über einzelne Parameter des formellen Pflegeprogramms. Sie hat bei Wiederaufnahme der Arbeit vermutlich festgestellt: Im Bestand der Fälle befindet sich ein neuer Fall. Dessen Familie hat „ein gutes Verhältnis zum Bürgermeister“<sup>3142</sup>. Das eingeleitete formelle Pflegeprogramm zeugt von einer Vorzugsbehandlung. Sie hat vermutlich unterstellt: Die vertretungsweise engagierte Personalperson hat zwar versucht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals auf ein aus Personalsicht rechtes Maß zu begrenzen, hat aber erlebt, dass dem Versuch, das Personal nur soweit in der Pflegearbeit einzusetzen, wie es aus Personalsicht als nötig und möglich zu betrachten ist, kein rechter Erfolg beschieden ist. Sie hat ferner vermutlich unterstellt: Die vertretungsweise engagierte Personalperson hat sich **mit Widerwillen** für die **Einleitung einer Vorzugsbehandlung** entschieden.<sup>3143</sup> Mit Wiederaufnahme der Arbeit ist es Aufgabe der den gemeindlichen Pflegedienst leitenden Pflegekraft, Entscheidungen zur Fallbearbeitung zu treffen. Anzunehmen ist: Sie hat die Vorzugsbehandlung nicht beendet, sondern hat sich **mit Widerwillen** für die **Fortsetzung der Vorzugsbehandlung** entschieden. Sie hat sich teils erfolgreich, teils erfolglos bemüht, das Ausmaß der Vorzugsbehandlung zu begrenzen.<sup>3144</sup> Sie sieht sich durch die

---

<sup>3139</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3140</sup> vgl.: EPI 6 A1: 27.

<sup>3141</sup> siehe Kapitel 6.2.2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3142</sup> EPI 6 A1: 38.

<sup>3143</sup> siehe Kapitel 6.2.1.1.; Kapitel 6.2.1.2. und Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3144</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3.; Kapitel 6.2.2.5.1. und Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Erfahrungen, die sich im Einzelfall haben machen lassen, in der Auffassung bestätigt: In Fällen, in denen eine bekanntermaßen gute Beziehung zum Bürgermeister und zur Verwaltung besteht, wählt man zwar widerwillig, jedoch „zwangsläufig“<sup>3145</sup> eine Vorzugsbehandlung<sup>3146</sup>.

Zu unterstellen ist: Auch die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft hätte es vorgezogen, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **auf ein** aus Personalsicht **rechtes Maß** begrenzen zu können. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung kontinuierlich **Bedarfsprüfungen** durchgeführt.<sup>3147</sup> Die Notwendigkeit und Möglichkeit prüfend, formelle Pflege zu leisten, ist sie vermutlich zu der Auffassung gelangt: Es ist nötig und möglich, unter den gegebenen Umständen das Richten der Medikamente zu übernehmen. Es ist zwar möglich, aber unter den gegebenen Umständen unnötig, Hilfe beim Waschen zu leisten. Somit ist es auch unnötig, einen Pflegeeinsatz von jeweils einstündiger Dauer an allen regulären Einsatztagen einzurichten. Zu unterstellen ist ferner: Auch der den gemeindlichen Pflegedienst leitenden Pflegekraft ist es nicht gelungen, das formelle Pflegeprogramm in einem Maße zu begrenzen, dass das Pflegepersonal **nur soweit** in der Pflegearbeit eingesetzt wird, wie es aus Personalsicht **nötig und möglich** ist. Sie hat ein formelles Pflegeprogramm aufrechterhalten, das zwar nicht das Maß des organisatorisch Möglichen übersteigt, aber das Maß des sachlich Notwendigen überschreitet. Gemessen an der sachlichen Notwendigkeit eines Personaleinsatzes ist nur die Begrenzung der Personalmenge pro Einsatz, nicht aber die Begrenzung von Arbeitszeit und Arbeitsleistungen zu ihrer Zufriedenheit ausgefallen. Sie hat weiterhin jeweils ein Belegschaftsmitglied pro Einsatz eingeplant. Sie hat fortgesetzt jeweils sechzig Minuten Zeit für jeweils einen Einsatz (Vormittagszeit) an allen regulären Einsatztagen (Montag bis Freitag) reserviert.<sup>3148</sup> Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen (Hilfe beim Waschen, Richten der Medikamente) im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: mit pflegenahen Beratungsleistungen, mit pflegenahen Betreuungsleistungen (Konversation mit der Seniorin) und mit pflegenahen Hausarbeiten (Abziehen des eingenassten Bettes, Einweichen eingenasster Bettwäsche).<sup>3149</sup>

Hat sie an einem **Abbau des formellen Pflegeprogramms** gearbeitet? Anzunehmen ist: Sie hat zwar versucht, Zeit pro Einsatz zu reduzieren, ohne Hilfe beim Waschen aus dem Programm zu streichen, hat aber erleben müssen, dass jener Versuch scheitert.<sup>3150</sup> Sie hat jenem fehlgeschlagenem Versuch, das formelle Pflegeprogramm ansatzweise zu

---

<sup>3145</sup> EPI 6 A1: 38.

<sup>3146</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>3147</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2.; Kapitel 6.2.2.4. und Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3148</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3149</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.2.; Kapitel 6.2.2.5.3. und Kapitel 6.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3150</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

kürzen, vermutlich keinen Versuch folgen lassen, das formelle Pflegeprogramm radikal zu kürzen: eine grundlegende Kürzung der Arbeitsleistungen (Beendigung der Hilfe beim Waschen) mit einer grundlegenden Kürzung der Arbeitszeiten (Reduktion der Einsatztage pro Woche) zu verbinden. Hat sie den Plan, an einem Abbau des formellen Pflegeprogramms zu arbeiten, aufgegeben? Anzunehmen ist: Sie gedenkt, steigende Patientenzahlen zum Anlass zu nehmen, im Einzelfall einen neuerlichen Kürzungsversuch zu wagen, sofern sie eine Kürzung weiterhin für angezeigt hält.<sup>3151</sup> Sie hat sich nach eigener Darstellung erfolgreich bemüht, einen **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** zu verhindern, der sich in einer Aufstockung von Arbeitszeit niedergeschlagen hätte: Sie hat es nach eigenen Angaben abgelehnt, die Anzahl der Einsätze pro Einsatztag zu erhöhen, da sie dazu unter den gegebenen Umständen keine Veranlassung gesehen hat.<sup>3152</sup>

Anzunehmen ist: Sich der **Strategie der Arbeitssuche** bedienend, hat die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft versucht, die eigene Aversion gegen die zu absolvierende „Lagerstunde“<sup>3153</sup> zu bearbeiten.<sup>3154</sup> Sich der **Strategie des Personalwechsels** bedienend, hat sie nicht nur selber Pflege geleistet, sondern hat auch formelle Pflege leisten lassen. Hat sie versucht, die Angehörigen an der Produktion von Pflegeleistungen zu beteiligen, **soweit** sie deren Beteiligung als **nötig und möglich** erachtet hat? Zu vermuten ist: Sie hat auch informelle Pflege leisten lassen. Die informelle Pflege ist jedoch nicht von Dauer gewesen.<sup>3155</sup> Ein ausgewähltes Familienmitglied hat sich zu Beginn der Fallbearbeitung nicht nur an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern auch an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt: die im Haus lebende Tochter. Sie hat zu Beginn der Fallbearbeitung, das Richten der Medikamente in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen übernehmend, in minimalem Umfang informelle Pflege geleistet. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung nicht ihre Beteiligung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern ihre Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen eingestellt. Die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft hat sich anfänglich vermutlich auf den **Vorrang informeller Pflege** gestützt: nicht in der Zeit während der Pflegeeinsätze, sondern in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen. Anzunehmen ist: Sie hat keine Notwendigkeit gesehen, die häusliche Pflege im Rahmen eines Pflegeeinsatzes durch gemeinsam geleistete formelle und informelle Pflege sicherzustellen. Sie hat es nicht als notwendig erachtet, sich im Rahmen eines Pflegeeinsatzes einer Zweitkraft zu bedienen. Sie hat

---

<sup>3151</sup> siehe Kapitel 6.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3152</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3153</sup> EPI 6 A1: 60.

<sup>3154</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3155</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

vermutlich auch keinen Versuch unternommen, den Vorrang informeller Pflege auszubauen: Sie hat weder die Möglichkeit gesehen, zwecks Sicherstellung der Körperpflege allein auf informelle Pflege zu bauen, noch hat sie die Möglichkeit gesehen, zwecks Sicherstellung der Körperpflege auf den Wechsel von formeller und informeller Pflege zu setzen und formelle Hilfe beim Waschen an ausgewählten Einsatztagen durch eine informelle Hilfe beim Waschen zu ersetzen.<sup>3156</sup>

Zu unterstellen ist: Sie hat nicht nur der zu pflegenden Person Unterstützung gewährt, sondern hat auch der Angehörigen in begrenztem Umfang Unterstützung geboten. Sie hat formelle Pflege geleistet und hat die Angehörige von informeller Pflege freigestellt. Sie hat die Pflege der zu pflegenden Person im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit einer Beratung der Angehörigen kombiniert, sofern sie deren Beratung als nötig und möglich betrachtet hat.<sup>3157</sup>

#### 6.4.3.2. Strategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft hat vermutlich nicht schon im Rahmen der Fallauswahl, sondern erst im Rahmen der Fallbearbeitung zur Verfügung gestanden, Koordinationsarbeit zu leisten.<sup>3158</sup> Naheliegend ist die Vermutung: Sie ist für die Dauer ihres Urlaubs ausgefallen und hat nach Wiederaufnahme ihrer Arbeit in der **Interaktion mit der vertretungsweise engagierten Person**, einem Belegschaftsmitglied, Koordinationsleistungen erbracht. Sie hat vermutlich im Rahmen einer internen Fallbesprechung erkundet: Wie lassen sich Fallauswahl und Fallbearbeitung aus Personalsicht beurteilen? Wie ist in Zukunft zu verfahren? Zwischen beiden Personalpersonen hat vermutlich Einigkeit bestanden:

- Das im Einzelfall eingeleitete formelle Pflegeprogramm zeugt von einer **Vorzugsbehandlung**. In Fällen, in denen wie im Einzelfall eine bekanntermaßen gute Beziehung zum Bürgermeister und zur Verwaltung besteht, wählt man die Vorzugsbehandlung zwar widerwillig, jedoch „zwangsläufig“<sup>3159</sup>. Der Einzelfall verbleibt im Bestand der Fälle. Das Ausmaß seiner Vorzugsbehandlung soll nach Möglichkeit weiter begrenzt und nicht weiter ausgedehnt werden.

---

<sup>3156</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3157</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3158</sup> siehe Kapitel 6.2.1.2. und Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3159</sup> EPI 6 A1: 38.



- Zu Beginn der Fallbearbeitung gestartete Versuche, unberechtigte Ansprüche an formelle Pflege abzuwehren, sind bestenfalls ansatzweise gelungen.<sup>3160</sup> Im Verlauf der Fallbearbeitung soll zwar bei passender Gelegenheit fortgesetzt versucht werden, unberechtigte Ansprüche an formelle Pflege abzuwehren. Es gibt jedoch auch in Zukunft keine Garantie dafür, dass Versuche zur Abwehr unberechtigter Ansprüche an formelle Pflege erfolgreich verlaufen.
- Passende Gelegenheiten in der Entwicklung des Einzelfalles, etwa eine neuerliche Bitte um formelle Pflege, sollen für Versuche genutzt werden, unberechtigte Ansprüche an formelle Pflege **unverzüglich** abzuwehren. Passende Gelegenheiten in der Entwicklung des Fallbestands, etwa steigende Patientenzahlen, sollen genutzt werden, um zu versuchen, unberechtigte Ansprüche an formelle Pflege auch **nachträglich** noch abzuwehren und in der Vergangenheit gefällte Detailentscheidungen nachzubessern.<sup>3161</sup>

Die Vermutung liegt nahe: Die Pflegekraft hat nach Wiederaufnahme der Arbeit auch in der **Interaktion mit der Angehörigen** Koordinationsleistungen erbracht.<sup>3162</sup> Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat **kommunikative Leistungen der Angehörigen** bedingt in eigene Entscheidungsprozesse einfließen lassen. Sie hat sich wahrscheinlich vergewissert: Sind deren Kommunikationsleistungen entscheidungsrelevant? Verweisen sie auf Unterstützungswünsche? Zeugen sie von Unterstützungsbedarf? Die Angehörige hat nach Aussage der Pflegekraft im Verlauf der Fallbearbeitung neuerliche Ansprüche an formelle Pflege gestellt. Nach Darstellung der Pflegekraft hat die Angehörige auf einen Ausbau des formellen Pflegeprogramms gedrungen: auf einen Ausbau von Arbeitsleistungen (Richten der Medikamente) und auf einen Ausbau von Arbeitszeiten (Einsätze zur Abendzeit). Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat **Entscheidungen** über das formelle Pflegeprogramm auf Basis eines eigenen Prüfverfahrens gefällt. Sie hat geprüft: Sind die neuerlichen Ansprüche an formelle Pflege berechtigt? Besteht eine sachliche Notwendigkeit, das formelle Pflegeprogramm auszubauen? Ist ein Ausbau des formellen Pflegeprogramms organisatorisch möglich? Zu unterstellen ist ferner: Sie hat entschieden, berechtigte Ansprüche zu erfüllen (Entscheidung für einen Ausbau der Arbeitsleistungen) und die Erfüllung unberechtigter Ansprüche zu verweigern (Entscheidung gegen einen Ausbau der Arbeitszeiten).<sup>3163</sup> Sie hat der Angehörigen jene Entscheidungen wahrscheinlich **mitgeteilt**: die Entscheidung für einen Ausbau der

<sup>3160</sup> siehe Kapitel 6.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3161</sup> siehe Kapitel 6.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3162</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3163</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Arbeitsleistungen und die Entscheidung gegen einen Ausbau der Arbeitszeiten. Nicht nur mitgeteilt, sondern auch **erläutert** hat sie vermutlich die Entscheidung wider den Ausbau der Arbeitszeiten. Sie hat der Angehörigen im Rahmen jener Erläuterung nach eigener Darstellung Einblick in **Bedingungen formeller Pflege** gewährt.<sup>3164</sup> Sie hat der Angehörigen vermutlich keinen Einblick in die Problematik geboten, im Einzelfall eine **Zielsetzung formeller Pflege** zu finden.<sup>3165</sup> Hat die Pflegekraft, mit der Angehörigen interagierend, nicht nur über **formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals**, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert? Hat sie der Angehörigen **Ansprüche** verdeutlicht, die sie an informelle Unterstützung stellt?

- Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat anfänglich stillschweigend den Anspruch gehegt, dass die Angehörige sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt, indem sie sich dem Pflegepersonal in Zeiten der Pflegeeinsätze als Kontaktperson anbietet und Kontaktpflege betreibt. Die Pflegekraft hat zwar im Verlaufe der Zeit eine Verletzung jener Anspruchshaltung erlebt, hat aber in der Interaktion mit der Angehörigen die verbale **Kommunikation** über die (Verletzung jener) Anspruchshaltung **gemieden**. Sie hat möglicherweise unterstellt: Aufklärung trägt im Einzelfall nicht zu einer Verbesserung der Qualität des Arbeitsklimas bei.<sup>3166</sup>
- Die Pflegekraft hat die Angehörige wahrscheinlich nicht aufgefordert, unter den gegenwärtig gegebenen Umständen Hilfe beim Waschen zu leisten.<sup>3167</sup> Hat sie ihr zu verstehen gegeben, dass sie sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles gefordert sieht, sich an der **Produktion von Pflegeleistungen** beteiligen? Zu vermuten ist: Sie hat in der Interaktion mit der Angehörigen die verbale **Kommunikation** über Ansprüche an informelle Pflege, die sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles hegen würde, **vermieden**. Sie hat möglicherweise unterstellt: Eine in die Zukunft weisende Aufklärung über Ansprüche an informelle Pflege führt im Einzelfall zu einer sich in der Gegenwart niederschlagenden Verschlechterung der Qualität des Arbeitsklimas.

---

<sup>3164</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3165</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3166</sup> siehe Kapitel 6.2.2.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3167</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Wie soll verfahren werden, wenn im Einzelfall der Pflegefall eintritt? Wie soll im Falle steigender Patientenzahlen vorgegangen werden? Hat die Pflegekraft in der Interaktion mit der Angehörigen die Kommunikation über die **Zukunft des etablierten Unterstützungsarrangements** gesucht? Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat mit der Angehörigen weder eine Vereinbarung über das Verfahren im Pflegefall geschlossen, noch hat sie der Angehörigen zu verstehen gegeben, dass sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles auf den Ausbau informeller Pflege setzt. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat mit der Angehörigen auch keine Vereinbarung über das Verfahren im Falle steigender Patientenzahlen getroffen. Den Fall steigender Patientenzahlen antizipierend, unterhält das Pflegepersonal einen geheimen Verfahrensplan: Es gedenkt, das formelle Pflegeprogramm nach Möglichkeit zu kürzen. Die Pflegekraft unterstellt: Aufklärung über jenen Verfahrensplan gefährdet die Qualität des Arbeitsklimas.<sup>3168</sup>

Wie soll verfahren werden, um die Lebensqualität der aus Sicht der Pflegekraft unter „Vereinsamung in der Familie“<sup>3169</sup> leidenden Seniorin zu sichern? Die Pflegekraft hat vermutlich keine Möglichkeit gesehen, sich mit der Angehörigen auf Maßnahmen zu einigen, die aus Personalsicht geeignet wären, die wahrgenommene Vereinsamung in der Familie zu bekämpfen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat die Urininkontinenz der Seniorin zwar zum Anlass genommen, die Tochter aufzuklären, dass das seelische Wohlbefinden der Seniorin ihrer Ansicht nach beeinträchtigt ist, hat der Angehörigen aber die ihrer Meinung nach bestehende Vereinsamung in der Familie nicht als Erklärung für die unterstellte Beeinträchtigung des seelischen Wohlbefindens angeboten. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat keinen Versuch gestartet, die Angehörige anzuregen, der Seniorin verstärkt Gesellschaft zu leisten. Der Angehörigen „Desinteresse an der ganzen Sache“<sup>3170</sup> unterstellend, hat die Pflegekraft vermutlich angenommen: Einem Versuch, die Angehörige zu beeinflussen, den Kontakt zur Mutter verstärkt zu pflegen, um deren seelisches Wohlbefinden zu fördern und deren Lebensqualität im häuslichen Kontext zu verbessern, ist kein Erfolg beschieden.<sup>3171</sup> Möglicherweise hat die Pflegekraft auch angenommen: Ein Versuch, auf die Angehörige Einfluss zu nehmen, sich verstärkt um die Pflege des Kontaktes zur Mutter zu bemühen, wird von der Angehörigen als Versuch gedeutet, sich in private Angelegenheiten einzumischen, und trägt zu einer Verschlechterung der Qualität des Arbeitsklimas bei. Die Pflegekraft hat die Möglichkeiten und Grenzen, die Lebensqualität der Seniorin

---

<sup>3168</sup> siehe Kapitel 6.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3169</sup> EPI 6 A1: 54.

<sup>3170</sup> ebd.: 2.

<sup>3171</sup> siehe Kapitel 6.2.2.1.; Kapitel 6.2.2.2.; Kapitel 6.2.2.5.2. und Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

durch eine „so schnell wie möglich“<sup>3172</sup> erfolgende Heimübersiedlung zu steigern, vermutlich nicht im Gespräch mit der Angehörigen, sondern nur im Gespräch mit der Seniorin erkundet.<sup>3173</sup>

In der Interaktion zwischen der Pflegekraft und der Angehörigen hat sich vermutlich keineswegs problemlos Koordinationsarbeit leisten lassen. Erklärungsmöglichkeiten lassen sich sowohl auf Seiten der Angehörigen als auch auf Seiten der Pflegekraft festmachen. Die Lebensumstände der Angehörigen, deren häusliche Verpflichtungen und deren konfliktträchtige Beziehung zu ihrer Mutter, haben die Koordination möglicherweise behindert.<sup>3174</sup> Möglicherweise hat sich nicht nur deren gute Beziehung zum Bürgermeister<sup>3175</sup>, sondern auch deren Resolutheit als Koordinationsbarriere erwiesen. Die Angehörige hat vermutlich die Bereitschaft erkennen lassen, ihre Beziehung zum Dienstherrn der Pflegekraft zu nutzen, um Ansprüche an formelle Pflege durchzusetzen.<sup>3176</sup> Mangelt es der Pflegekraft in beruflichen Kontexten ohnehin an Resolutheit bei der Abwehr von Ansprüchen an formelle Pflege, mag sie jenen besonderen beruflichen Kontext, den sie in Gestalt jener privaten Beziehung zwischen der Familie und dem eigenen Dienstherrn vorgefunden hat, als zusätzliche Hürde erlebt haben, Ansprüche an formelle Pflege abzuwehren. Möglich ist: Nicht nur Gefühle der Tochter<sup>3177</sup>, sondern auch Gefühle der Pflegekraft haben die Koordination erschwert. Die Pflegekraft hat sich nach eigener Darstellung mit Widerwillen an der Vorzugsbehandlung beteiligt.<sup>3178</sup> Sie hat vermutlich nicht nur mit einem Gefühl von Kränkung,<sup>3179</sup> sondern auch mit einem Gefühl von Verärgerung auf Handlungen und Handlungsweisen der im Haus lebenden Tochter reagiert. Anzunehmen ist: Sie hat sich in der Sorge um das seelische Wohlbefinden der Patientin vermutlich weder durch die Pflegeausbildung, noch durch die Pflegeorganisation, noch durch das familiäre Netzwerk ausreichend unterstützt gesehen. Anzunehmen ist ferner: Sie hat sich hauptsächlich durch mangelndes Engagement der im Haus lebenden Tochter geschädigt gefühlt. Sie ist wahrscheinlich der Auffassung gewesen: Jene Angehörige fördert die auf Seiten der Patientin bestehende Vereinsamung in der Familie, anstatt ihr entgegenzuwirken und bürdet dem Pflegepersonal unnötigerweise Arbeit in einem Fall von Vereinsamung in der Familie auf.<sup>3180 3181</sup> Nicht auszuschließen ist auch: Die Pflegekraft hat eigene Wertvorstellungen,

---

<sup>3172</sup> EPI 6 A1: 18.

<sup>3173</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3174</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2.; Kapitel 6.2.2.3. und Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3175</sup> vgl.: EPI 6 A1: 38.

<sup>3176</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3177</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3178</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3179</sup> siehe Kapitel 6.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3180</sup> vgl.: EPI 6 A1: 54.

die sie in Bezug auf die Gestaltung von Familienbeziehungen hat, durch Handlungen und Handlungsweisen der Angehörigen verletzt gesehen und hat ein Gefühl von Antipathie gegen die Angehörige entwickelt.<sup>3182</sup>

#### 6.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat im Rahmen des Auftrags, Pflegeleistungen zu erbringen, auch Fehlerarbeit geleistet. Sie ist vermutlich darauf bedacht gewesen, Fehler zu vermeiden. Anzunehmen ist: Sie hat in Prozessen der Bedarfsbestimmung an der **Vermeidung eigener Deutungsfehler** gearbeitet. Zu Zwecken der Bedarfsbestimmung hat sie in der Interaktion mit ausgewählten Familienmitgliedern kontinuierlich Daten gesammelt und ausgewertet. Sie hat Äußerungen der Seniorin und der Angehörigen registriert und auf ihre Relevanz für die zu erstellende Bedarfsdefinition geprüft. Die sich bewegende Seniorin beobachtend, hat sie versucht, das Ausmaß der Bewegungsfähigkeit zu erfassen. Auch Fallbesprechungen unter Fachkräften können nach Darstellung der Pflegekraft beitragen, Deutungsfehler zu vermeiden.<sup>3183</sup>

Anzunehmen ist ferner: Sie hat sich in Prozessen der Bedarfsbearbeitung um **Vermeidung eigener Handlungsfehler** bemüht. Nach eigener Darstellung hat sie beispielsweise dafür gesorgt, die Medikamente ungestört richten zu können<sup>3184 3185</sup>.

Eine auf Seiten der Seniorin bestehende „Vereinsamung in der Familie“<sup>3186</sup> zunächst nicht wahrnehmend, hat die Pflegekraft nach eigener Darstellung einen Deutungsfehler begangen. Wie ist der Prozess der **Fehlerbearbeitung** verlaufen? Wie hat die Pflegekraft auf die Erkenntnis reagiert, jenen Deutungsfehler begangen zu haben? Anzunehmen ist: Auf Seiten der Pflegekraft hat sich der Eindruck verfestigt, fehlplatziert zu sein. Sie hat die „Lagerstunde“<sup>3187</sup> nicht ausgebaut, sondern hat über Möglichkeiten und Grenzen reflektiert, Sozialkontakt zu organisieren. Zu vermuten ist: Auf Seiten der Pflegekraft hat sich auch der Eindruck verfestigt, eine unverzüglich erfolgende Heimübersiedlung stellt unter den gegebenen Umständen die einzige Möglichkeit sowohl zur Förderung von Sozialkontakt als auch zur Beendigung der eigenen Fehlplatzierung dar. Sie hat vermutlich in der Interaktion mit der Seniorin begonnen, Möglichkeiten und

---

<sup>3181</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2.; Kapitel 6.2.2.3.; Kapitel 6.2.2.5.1. und Kapitel 6.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3182</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3183</sup> siehe Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3184</sup> vgl.: EPI 6 A1: 21.

<sup>3185</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3186</sup> EPI 6 A1: 54.

<sup>3187</sup> ebd.: 60.

Grenzen zu erkunden, die Seniorin zu einer „so schnell wie möglich“<sup>3188</sup> erfolgenden Heimübersiedlung zu bewegen.<sup>3189</sup>

#### 6.4.4. Handlungsfolgen

Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Das private Engagement der Angehörigen und das berufliche Engagement der Pflegekräfte hat sich kombinieren lassen.<sup>3190</sup> Die Kombination ist aber eine Kombination besonderer Art gewesen. Die Angehörige hat im Verlaufe der Zeit nicht die Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen, sondern die Beteiligung an der Organisation des Pflegeprozesses fortgesetzt. Das Pflegepersonal hat sich nicht nur der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses gewidmet, sondern hat auch die Produktion von Pflegeleistungen übernommen. Die Angehörige und das Pflegepersonal haben die Seniorin im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **gemeinsam** unterstützt: sei es durch ein Engagement im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sei es durch ein Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Haben sich die Angehörige und das Pflegepersonal im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege auch **wechselseitig** unterstützt? Die Pflegekraft ist vermutlich der Ansicht: Das Pflegepersonal hat einen Beitrag zur **Entlastung der Angehörigen** geleistet. Die Pflegekraft ist vermutlich auch der Auffassung: Die Belastung des Pflegepersonals wäre zumindest teilweise vermeidbar gewesen, hätte die Angehörige es nicht an Unterstützung fehlen lassen. Aus Sicht der Pflegekraft hätte die Angehörige vermutlich stärker zur **Entlastung des Pflegepersonals** beitragen können und sollen.<sup>3191</sup>

Zu unterstellen ist, dass die Pflegekraft von der Annahme ausgeht: In Anbetracht der begrenzten Möglichkeiten des Pflegepersonals, Pflegeleistungen zu übernehmen, schwinden die Chancen, die Pflege im Pflegefall im häuslichen Kontext gewährleisten zu können, wenn im Pflegefall keine informelle Pflege geleistet wird.

---

<sup>3188</sup> ebd.: 18.

<sup>3189</sup> siehe Kapitel 6.2.2.3.; Kapitel 6.2.2.5.3. und Kapitel 6.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3190</sup> siehe Kapitel 6.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3191</sup> siehe Kapitel 6.2.2.1.; Kapitel 6.2.2.3.; Kapitel 6.2.2.4.; Kapitel 6.2.2.5.1. und Kapitel 6.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

## **7. Die siebte Episode: Eine Schwiegertochter, die nach Auskunft der Pflegefachkraft gefordert ist, zwei Haushalte und eine sich „ein bißchen eigensinnig“ benehmende Schwiegermutter zu versorgen**

### **7.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes**

Die Krankenschwester berichtet<sup>3192</sup>: Die Seniorin (87 Jahre) sei verwitwet. Sie habe zwei Söhne. Einer der beiden Söhne wohne mit seiner Ehefrau und seinen Kindern außerhalb des Ortes<sup>3193</sup>. Der andere Sohn sei verstorben. Er habe am Ort gewohnt. Nach seinem Tod seien sowohl seine Frau als auch seine drei Kinder am Ort wohnen geblieben. Die am Ort lebende Schwiegertochter wohne nicht im Haus ihrer Schwiegermutter, sondern bewohne mit ihrer hochbetagten Mutter ein eigenes Haus<sup>3194</sup>. Die Kinder jener Schwiegertochter seien erwachsen. Nach Auskunft der Krankenschwester wohnen die Kinder jener Schwiegertochter nicht im Elternhaus, sondern im Haus der Großmutter väterlicherseits<sup>3195</sup>. In der Nachbarschaft lebt nach Aussage der Krankenschwester „Verwandschaft“<sup>3196 3197</sup>.

---

<sup>3192</sup> Bei der siebten Episode handelt es sich um die Episode mit der Kennziffer 128. Der männliche Feldforscher hat zur siebten Episode zwei Episodeninterviews durchgeführt. Er hat jeweils die Krankenschwester befragt. Das Eingangsgespräch (12.8.1988) hat zwei Stunden und dreißig Minuten gedauert. Das Abschlussgespräch für die siebte Episode ist aus Praktikabilitätsgründen mit den Abschlussgesprächen für vier weitere Episoden auf einen Termin gelegt worden (17.1.1989). Jenes abschließend anberaumte Gespräch dauerte für alle fünf Episoden zusammen neunzig Minuten: Die siebte Episode wurde als vorletzte besprochen (sechs Minuten). Die Abkürzungen für die Episodeninterviews lauten: EPI7 für das Eingangsgespräch zur siebten Episode und EPI7.2 für das Abschlussgespräch zur siebten Episode. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die siebte Episode zu kennzeichnen, werden Bedingungen vorgestellt, die die Krankenschwester auf Seiten des familialen Netzwerkes wahrnimmt: Nach Aussage der Krankenschwester ist die Schwiegertochter gefordert, doppelte Hausarbeit zu leisten, „zwischen den zwei Haushalten immer hin- und herzapendeln“ (EPI 7: 43) und eine Schwiegermutter zu versorgen, die „ein bißchen [sic.] eigensinnig“ ist (EPI7: 3).

<sup>3193</sup> vgl.: EPI 7: 57.

<sup>3194</sup> vgl.: ebd.: 7, 43.

<sup>3195</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3196</sup> ebd.: 58.

<sup>3197</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiäre Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation.

## 7.2. Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 7.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 7.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Zur **Vorgeschichte im weiteren Sinne** zählt nach Auskunft der Krankenschwester das Engagement des ambulanten Pflegedienstes im Falle eines älteren Familienmitgliedes, das der Herkunftsfamilie der Schwiegertochter angehört. Jene Vorgeschichte rekonstruierend, richtet die Krankenschwester die Aufmerksamkeit auf das Engagement des ambulanten Pflegedienstes im Falle der Mutter der Schwiegertochter. Anzunehmen ist: Die Schwiegertochter ist nicht berufstätig gewesen. Die Schwiegertochter ist nach Aussage der Krankenschwester gefordert gewesen, die im eigenen Haushalt anfallenden Hausarbeiten zu erledigen und zwei ältere Familienmitglieder zu versorgen: Mutter und Schwiegermutter. Die Krankenschwester erzählt: Die Schwiegertochter habe den ambulanten Pflegedienst im Kontext jener Mehrfachbelastung gebeten, die häusliche Pflege der eigenen Mutter zu übernehmen. Die Schwiegertochter habe durch das Engagement des ambulanten Pflegedienstes die Erfahrung gemacht, dass das Pflegepersonal einem älteren Familienmitglied nicht nur beim Waschen, sondern auch beim Baden helfe<sup>3198</sup>. Die **Vorgeschichte im engeren Sinne** rekonstruierend, lenkt die Krankenschwester die Aufmerksamkeit auf ein sich im Falle der Schwiegermutter anbahnendes seelisches Leiden. Wie lässt sich jene Vorgeschichte, aus Sicht der Krankenschwester betrachtet, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Seniorin hat nach Darstellung der Krankenschwester unter dem Gefühl gelitten, von persönlicher Hilfestellung abhängig zu sein. Die Krankenschwester beschreibt sowohl die von Seiten der Seniorin gewählte Art der Bearbeitung jenes seelischen Leidens, als auch die sich auf Seiten des familialen Netzwerkes niederschlagenden Bearbeitungsfolgen. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Seniorin einerseits den eigenen Tod wiederholt als Erlösung besprochen: als Erlösung für die eigene Person und als Erlösung für das familiale Netzwerk.

---

<sup>3198</sup> vgl.: ebd.: 7, 9, 18, 43.



Nach Aussage der Krankenschwester hat die Seniorin sich andererseits in der Verwirklichung von Handlungsplänen eingeschränkt<sup>3199</sup>.

- Anzunehmen ist: Die Seniorin hat Pläne aufgegeben, zu deren Verwirklichung sie der persönlichen Hilfestellung bedurft hätte, deren Verwirklichung sie aber als verzichtbar betrachtet hat. Die Anforderungen, Hilfe zu leisten, sind ungleich über die Gesamtheit der Mitglieder des familialen Netzwerkes verteilt gewesen. Anzunehmen ist ferner: Die Seniorin selber hat jene Ungleichverteilung verschärft. Sie hat mit der Einschränkung eigener Planungen auch den Kreis der Hilfspersonen im familialen Netzwerk eingeschränkt und hat die Belastung verstärkt auf ausgewählte Mitglieder des familialen Netzwerkes konzentriert<sup>3200</sup>.

Wie stellt sich jene Vorgeschichte **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester berichtet erstens: Zunächst habe die Seniorin aufgehört, „die Welt zu bereisen“<sup>3201</sup>. Mit der Aufkündigung der Reisetätigkeit habe sie eine Gepflogenheit eingestellt, mit der für sie das Gefühl verbunden gewesen sei, „richtig gelebt“<sup>3202</sup> zu haben. Anschließend habe die Seniorin aufgehört, sich zu baden<sup>3203</sup>. Mit der Einstellung des Badens habe sie eine Gepflogenheit beendet, die sie mit Hilfe des berufstätigen Sohnes bewerkstelligt habe<sup>3204</sup>. Zuletzt habe die Seniorin begonnen, sich zu weigern, die Wohnung zu verlassen. Seit sie es ablehne, die Wohnung zu verlassen, gerate sie wiederholt in „die Phase: Ich will sterben, ich will keinem zur Last fallen“<sup>3205</sup> und prophezeie mitten im Gespräch ihren baldigen Tod: „Morgen bin ich tot“<sup>3206</sup>. Die Krankenschwester berichtet zweitens: Die Seniorin scheue sich, die Familie zu belasten<sup>3207</sup>. Die Seniorin habe auf die Hilfe des eigenen Sohnes<sup>3208</sup>, nicht aber auf die Hilfe der Schwiegertochter verzichtet<sup>3209</sup>. Anzunehmen ist: Der Sohn der Seniorin hat nicht in einem der Schwiegertochter vergleichbaren Ausmaß Hilfe geleistet. Er hat seiner Mutter vermutlich ausschließlich beim Baden geholfen. Die Vermutung liegt nahe: Er ist nicht beim eigentlichen Akt der Körperpflege behilflich gewesen, sondern hat lediglich bei jenen Akten Hilfestellung geleistet, die der Körperpflege unmittelbar vor- und nachgelagert

---

<sup>3199</sup> vgl.: ebd.: 10f, 17.

<sup>3200</sup> vgl.: ebd.: 2f, 7, 9f, 32, 43.

<sup>3201</sup> ebd.: 17.

<sup>3202</sup> ebd.: 17.

<sup>3203</sup> vgl.: ebd.: 10f.

<sup>3204</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>3205</sup> ebd.: 17.

<sup>3206</sup> ebd.: 17.

<sup>3207</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>3208</sup> vgl.: ebd.: 2f, 9f.

<sup>3209</sup> vgl.: ebd.: 7, 32, 43.

sind<sup>3210</sup>. Anzunehmen ist: Er ist mit der Beendigung der Badehilfe als Hilfskraft ausgeschieden, während die Schwiegertochter weiterhin regelmäßig Hilfen im Haushalt der Schwiegermutter geleistet hat<sup>3211</sup>.

Vermutlich hat die Seniorin Baden und Hilfe beim Baden als verzichtbar, Haushaltsführung und Hilfe bei der Haushaltsführung als unverzichtbar betrachtet. Ausgewählte Mitglieder des familialen Netzwerkes, d.h. die Schwiegertochter und deren Kinder, haben die Veränderungen im Handeln und Erleben der Seniorin und die Veränderungen im Engagement des familialen Netzwerkes vermutlich wahrgenommen, als belastend definiert und zum Anlass genommen, sich mit einer **Bitte um formelle Unterstützung** an den ambulanten Pflegedienst zu wenden. Die Krankenschwester vermutet erstens: Die Schwiegertochter und deren Kinder haben den Einfall gehabt, die Pflegekräfte zu bitten, der Schwiegermutter beim Baden zu helfen, da die Pflegekräfte bereits der Mutter beim Baden behilflich gewesen sind. „Und dann wird die ganze Familie kombiniert haben“<sup>3212</sup>. Wenn die Pflegekräfte im Falle der Mutter Badehilfe leisten, dann können sie auch im Falle der Schwiegermutter Hilfe beim Baden erbringen. Anschließend „wird im Familienrat beschlossen worden sein“<sup>3213</sup>, die Pflegekräfte zu bitten, sich zu engagieren. Die Krankenschwester vermutet zweitens: Die Familie hat jene Entscheidung unter Ausschluss der Seniorin gefällt<sup>3214</sup>. Sie äußert die Vermutung: Die Schwiegertochter hat sich zwar mit ihren Kindern verständigt, hat es aber unterlassen, sich mit ihrer Schwiegermutter zu verständigen<sup>3215</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Die Schwiegertochter habe sie kontaktiert<sup>3216</sup>. Sie habe gefragt, ob die Pflegekräfte auch die Schwiegermutter baden würden<sup>3217</sup>. Sie habe die Pflegekräfte gebeten, die Schwiegermutter zu baden<sup>3218</sup>. Sie habe erklärt: Die Pflegekräfte müssten kommen, die Schwiegermutter zu baden. Die Schwiegermutter sei nicht mehr fähig, alleine zu baden<sup>3219</sup>. Sie habe die Alternative, selber Hilfestellung beim Baden zu leisten, anstatt die Pflegekräfte Badehilfe leisten zu lassen, mit den Worten verworfen: „Sie kann es nicht und sie macht es nicht“<sup>3220</sup>. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Schwiegertochter um Übernahme einer besonderen Pflegeleistung gebeten: um Übernahme der Hilfe beim Baden. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Schwiegertochter die Bitte um formelle Unterstützung erläutert. Den Ausführungen der

---

<sup>3210</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>3211</sup> vgl.: ebd.: 7, 32, 43.

<sup>3212</sup> ebd.: 9.

<sup>3213</sup> ebd.: 9.

<sup>3214</sup> vgl.: ebd.: 3, 19, 21.

<sup>3215</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3216</sup> vgl.: ebd.: 1, 18.

<sup>3217</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3218</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3219</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>3220</sup> ebd.: 3.

Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Schwiegertochter hat auf einen Bedarf an Hilfe beim Baden verwiesen und hat eine informelle Form der Bedarfsdeckung abgelehnt. Die Schwiegertochter hat nach Darstellung der Krankenschwester verdeutlicht: Es ist ihr unmöglich, im Falle der Schwiegermutter Badehilfe zu leisten. Sie ist weder fähig, noch bereit, der Schwiegermutter beim Baden zu helfen. Sie ist bestrebt, eine Überforderung der eigenen Person zu vermeiden.

Die Krankenschwester berichtet weder, erwogen zu haben, die Notwendigkeit einer Fallübernahme zu prüfen, noch berichtet sie, eine Ablehnung der Fallübernahme in Erwägung gezogen zu haben. Anzunehmen ist: Sie hat sich bereits in der Situation, in der die Schwiegertochter um Übernahme der Badehilfe gebeten hat, zur Fallübernahme entschieden. Sie schildert: Sie habe der Schwiegertochter mitgeteilt, dass das Pflegepersonal Badehilfe leisten werde. Die **Aufgaben** und deren **Verteilung** klärend, habe sie sich erkundigt, ob die Seniorin noch an demselben Tag gebadet werden müsse. Nachdem die Schwiegertochter die Frage verneint habe, habe sie der Schwiegertochter mitgeteilt, dass sie den Terminkalender sichten werde, um jenen Einsatztag zu bestimmen, an dem sich am ehesten Badehilfe leisten lasse<sup>3221</sup>. Sie habe sich für einen Einsatztag entschieden, an welchem laut Terminkalender die wenigsten Fälle zu versorgen gewesen seien<sup>3222</sup>. Sie habe der Schwiegertochter ihre Entscheidung mitgeteilt und unter Hinweis auf das im Bestand der Fälle zu bewältigende Arbeitsvolumen erläutert: „Mir wäre es dienstags lieb. Da ist es nicht ganz so voll“<sup>3223</sup>. Die Schwiegertochter habe in die Auswahl jenes Einsatztages zwar eingewilligt<sup>3224</sup>, habe aber mit der Begründung, die Schwiegermutter sei in der Bewegungsfähigkeit der Beine beeinträchtigt, gewarnt, für einen Badeeinsatz Zeit am Morgen des gewählten Einsatztages zu reservieren. Wie hat die Krankenschwester reagiert? Sie erzählt: Sie habe erklärt, sie wähle trotz jener Warnung vorläufig die Morgenzeit. Nachdem die Schwiegertochter sie informiert habe, ein Ölofen sei installiert, habe sie der Schwiegertochter mitgeteilt, der Ölofen müsse jeweils rechtzeitig vor Beginn der Badeeinsätze in Betrieb gesetzt werden, damit warmes Badewasser vorhanden sei. Wer soll jene der Hausarbeit zuzurechnende Vorleistung erbringen? Die Krankenschwester erzählt, sie habe der Schwiegertochter erklärt: Entweder übernehme die Schwiegertochter selber jene Aufgabe oder aber der im Hause seiner Großmutter lebende Sohn der Schwiegertochter erledige jene Aufgabe. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester die Schwiegertochter über den **Anspruch** aufgeklärt, dass die Mitglieder des familialen Netzwerkes in der Zeit zwischen den Badeeinsätzen jene

---

<sup>3221</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3222</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>3223</sup> ebd.: 18.

<sup>3224</sup> vgl.: ebd.: 53.

besondere Vorleistung für die Durchführung der Badehilfe selber erbringen. Nach eigener Auskunft hat sie es den Mitgliedern des familialen Netzwerkes überlassen, jene Person aus ihrer Mitte zu wählen, die jene Aufgabe übernehmen soll. Sie berichtet, den Kreis auswählbarer Personen auf das familiale Netzwerk beschränkt zu haben. Sie berichtet nicht, angeboten zu haben, ihn auf das Pflegepersonal auszudehnen<sup>3225</sup>.

#### 7.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuches

Wie rekonstruiert die Krankenschwester den **Erstbesuch**? Die Krankenschwester schildert: Sie habe den Erstbesuch vereinbarungsgemäß zur Morgenzeit durchgeführt. Schwiegertochter und Schwiegermutter seien anwesend gewesen. Zur Fallübernahme entschieden<sup>3226</sup>, sei sie zum Erstbesuch erschienen. Sie habe vor Beginn des Erstbesuches angenommen: Der Erstbesuch werde komplikationslos verlaufen. Jene Annahme habe sich allerdings nicht bestätigt. Im Verlauf des Erstbesuches seien wider Erwarten Komplikationen aufgetreten. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe sich gefordert gesehen, in der Kommunikation mit der Seniorin zu überprüfen, ob auf Seiten der Seniorin ein **Wunsch nach formeller Badehilfe** besteht<sup>3227</sup>. Wie lässt sich jener Klärungsprozess, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen?

- Eine **Bitte um formelle Badehilfe** lässt auf einen **Wunsch nach formeller Badehilfe** schließen. Die Krankenschwester hat vor Beginn des Erstbesuches vermutlich angenommen: Die Seniorin wünscht formelle Badehilfe, hat ihren Wunsch nach formeller Badehilfe zwar nicht selber artikuliert, sondern durch die Schwiegertochter artikulieren lassen, hat die Schwiegertochter aber autorisiert, stellvertretend für sie um formelle Badehilfe zu bitten. Die Krankenschwester ist im Verlauf des Erstbesuches vermutlich zu der Annahme gelangt: Sie hat einen Deutungsfehler begangen. In der Bitte um formelle Badehilfe ist nicht ein auf Seiten der Seniorin bestehender Wunsch nach formeller Badehilfe, sondern ein auf Seiten der Angehörigen bestehender Wunsch nach formeller Badehilfe manifest geworden. Es ist der Wunsch der Angehörigen, an der Person des älteren Familienmitgliedes formelle Badehilfe leisten zu lassen<sup>3228</sup>.

---

<sup>3225</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3226</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3227</sup> vgl.: ebd.: 1, 21.

<sup>3228</sup> vgl.: ebd.: 1.

- Die Krankenschwester hat den Angehörigen vermutlich den Wunsch unterstellt, dass sie den Versuch unternimmt, formelle Badehilfe zu leisten. Sie hat nach eigener Aussage versucht, jenem Wunsch der Angehörigen Rechnung zu tragen und dem **Selbstbestimmungsrecht** der Seniorin gerecht zu werden. Die Krankenschwester ist sich bewusst: **Ohne** Einwilligung der Seniorin kann sie keine Badehilfe leisten. Sie kann nur **mit** Einwilligung der Seniorin Badehilfe leisten. Die Krankenschwester ist verpflichtet, sich Gewissheit zu verschaffen: Willigt die Seniorin in die formelle Badehilfe ein? Wenn die Seniorin ihre Einwilligung in die formelle Badehilfe erteilt, dann lässt sich ein Wunsch nach formeller Badehilfe unterstellen. Wenn sie in die formelle Badehilfe einwilligt, dann kann sich jener Wunsch nach formeller Badehilfe einerseits einem Bedürfnis nach körperlicher Hygiene, andererseits einem Bedürfnis nach familiärer Bindung verdanken<sup>3229</sup>.
- Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Seniorin hat **zu Beginn des Erstbesuches** eine ablehnende Haltung in Sachen Badehilfe erkennen lassen. Nach einer **Erklärung** für die geplante Badehilfe suchend, hat die Seniorin unterstellt, ihr wird mangelnde körperliche Hygiene unterstellt. Die Seniorin hat versucht, jedwede Unterstellung mangelnder körperlicher Hygiene zu entkräften. Sie hat erstens erklärt: Körperliche Hygiene lässt sich auf unterschiedliche Weise herstellen, einerseits beim Vollzug eines Badeaktes, andererseits beim Vollzug des Waschaktes. Sie hat zweitens erklärt: Wenn sie sich wäscht, dann erreicht sie körperliche Hygiene, ohne persönliche Hilfestellung in Anspruch zu nehmen. Sie hat sowohl die Notwendigkeit eines Badeaktes, als auch die Notwendigkeit einer Badehilfe negiert<sup>3230</sup>.
- Wie hat die Krankenschwester reagiert? Der Erzählung der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Krankenschwester hat jene seitens der Seniorin entwickelte Erklärung für die geplante Badehilfe wahrgenommen und hat der Seniorin eine **Gegenerklärung** angeboten. Die Krankenschwester hat unter Anspielung auf das Selbstbestimmungsrecht der Seniorin und unter Anspielung auf die Organisationsregeln ambulanter Pflege erklärt, angenommen zu haben, dass auf Seiten der Seniorin ein Badewunsch, ein Wunsch nach formeller Badehilfe und ein Bedarf an formeller Badehilfe besteht. Die Krankenschwester hat ferner erklärt, auf Basis auf jener Annahme geplant zu haben, Badehilfe zu

---

<sup>3229</sup> vgl.: ebd.: 1f, 22.  
<sup>3230</sup> vgl.: ebd.: 1.

leisten. Anschließend hat die Seniorin dem ersten Badeeinsatz zugestimmt. Die Krankenschwester hat, nachdem sie jene Zustimmung erhalten hat, erstmals Badehilfe geleistet<sup>3231</sup>.

- Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester die Seniorin **am Ende des Erstbesuches** aufgeklärt, dass sie plant, einen zweiten Badeeinsatz durchzuführen. Die Seniorin hat nach Angaben der Krankenschwester weder mit offener Zustimmung, noch mit offener Ablehnung reagiert. Möglich ist: Die Krankenschwester hat die fehlende Zustimmung als Hinweis auf eine latente Ablehnung gedeutet. Hat sie eine latente Ablehnung des Gesamtplans oder eine latente Ablehnung von Planungsdetails wie der Auswahl des Badetages vermutet? Die Krankenschwester legt sich nicht fest. Sie hat sich nach eigener Aussage entschieden, an der Planung festzuhalten. Zu vermuten ist: Sie hat sich damit begnügt, am Ende des ersten Einsatzes keine Absage erhalten zu haben, und hat geplant, zu Beginn des zweiten Einsatzes den Versuch zu wiederholen, eine Zusage zu erlangen<sup>3232</sup>.

Wie stellt sich jener Klärungsprozess, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Den **Beginn des Erstbesuches** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Seniorin habe sie „mit Skepsis empfangen“<sup>3233</sup>. Sie habe sie mit den Worten begrüßt: „Ach, Sie sind die, die mich baden will“<sup>3234</sup>. Sie habe die Auffassung vertreten, dass sie fähig sei, sich selber zu waschen. Sie habe gefragt, ob eine der anwesenden Personen jener Auffassung widerspreche und jenen Widerspruch auf die Ansicht gründe, ein Geruchseindruck lasse auf mangelnde Körperhygiene schließen. Dass sie baden sollte, habe ihr zunächst nicht behagt. Wie hat die Krankenschwester reagiert? Sie erzählt: Sie sei „erstmal [sic.] ganz verduzt“<sup>3235</sup> gewesen. Sie habe der Seniorin erklärt, dass sie nicht mangelnde Körperhygiene unterstellt habe, sondern dass sie nur gedacht habe, die Seniorin hätte den Wunsch zu baden, wünsche Hilfe beim Baden und würde Hilfe benötigen<sup>3236</sup>. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Seniorin dem eigens anberaumten Badeeinsatz zugestimmt<sup>3237</sup>. Die Krankenschwester hat das Badewasser nach eigener Aussage erst

---

<sup>3231</sup> vgl.: ebd.: 1f, 22.

<sup>3232</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>3233</sup> ebd.: 1.

<sup>3234</sup> ebd.: 21.

<sup>3235</sup> ebd.: 1.

<sup>3236</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>3237</sup> vgl.: ebd.: 2.

einlaufen lassen, nachdem die Seniorin jene Einwilligung ausgesprochen hat<sup>3238</sup>. Das **Ende des Erstbesuches** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester, sie habe sich von der Seniorin mit den Worten verabschiedet: „Naja, dann sehen wir uns nächste Woche wieder. Wenn Sie nichts dagegen haben, würde ich gerne wieder am Dienstag kommen“<sup>3239</sup>. Dann habe die Seniorin „auch ein bißchen [sic.] gedruckst“<sup>3240</sup>. Die Seniorin habe „sich wahrscheinlich auch nicht erlaubt zu sagen: Nein, sie wollte den Dienstag nicht“<sup>3241</sup>. Sie habe der Seniorin mitgeteilt, dass sie gedenke, den Badeeinsatz an jenem ausgewählten Einsatztag erst zur Mittagszeit durchzuführen. Sie habe keine Antwort erhalten. Damit habe für sie festgestanden, sie werde Zeit für einen zweiten Badeeinsatz reservieren<sup>3242</sup>.

Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung vor Beginn des Erstbesuches angenommen: Auf Seiten der Seniorin besteht **Bedarf an formeller Badehilfe**<sup>3243</sup>. Sie verdeutlicht, im Verlauf des Erstbesuches zu der Annahme gelangt zu sein, den auf Seiten der Seniorin bestehenden Bedarf an formeller Badehilfe vor Beginn des Erstbesuches überschätzt zu haben<sup>3244</sup>. Anzunehmen ist erstens: Nachdem die Seniorin in den ersten Badeeinsatz eingewilligt hat, hat die Krankenschwester begonnen, die Annahme, dass die Seniorin der Badehilfe bedarf, einer ersten genaueren Prüfung zu unterziehen. Anzunehmen ist zweitens: Sie hat im Prozess der Bedarfsprüfung zwischen dem Akt der Körperpflege und ausgewählten, der Körperpflege vor- und nachgelagerten Akten unterschieden. Bedarf die Seniorin der formellen Unterstützung beim Akt der Körperpflege? Bedarf sie der formellen Unterstützung bei jenen der Körperpflege vor- und nachgelagerten Akten? Anzunehmen ist drittens: Sie ist im Prozess der Bedarfsprüfung zu der Auffassung gelangt, dass persönliche Hilfestellung zwar bei jenen vor- und nachgelagerten Akten<sup>3245</sup>, nicht aber beim Akt der Körperpflege geboten ist. Die Krankenschwester schildert: Sie habe der Seniorin beim Einsteigen in die Badewanne geholfen und sei „total verblüfft“<sup>3246</sup> gewesen zu erleben, dass die Seniorin sich, in der Badewanne sitzend, den ganzen Körper selbständig gewaschen habe. Auf dem Stuhl sitzend, habe sie die Seniorin beim selbständigen Vollzug der Körperpflege beobachtet<sup>3247</sup>.

---

<sup>3238</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>3239</sup> ebd.: 23.

<sup>3240</sup> ebd.: 23.

<sup>3241</sup> ebd.: 23.

<sup>3242</sup> ebd.: 23.

<sup>3243</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>3244</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>3245</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>3246</sup> ebd.: 34.

<sup>3247</sup> vgl.: ebd.: 35.

Die Krankenschwester erzählt: Sie habe zu Beginn des Erstbesuches nicht nur mit der Seniorin, sondern auch mit deren Schwiegertochter kommuniziert. Sie habe sich gefordert gesehen, **Aufklärung** über die Organisationsregeln ambulanter Pflege zu leisten. Wie lässt sich jener Aufklärungsprozess, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **zusammenfassend** darstellen? Jener Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen:

- Zu Beginn des Erstbesuches hat die Schwiegertochter den Versuch unternommen, die Schwiegermutter zu beeinflussen, der geplanten Badehilfe zuzustimmen. Auf die seitens der Seniorin entwickelte Erklärung für die geplante Badehilfe reagierend, hat die Krankenschwester eine Gegenerklärung formuliert, mit der sie auf die Organisationsregeln ambulanter Pflege verwiesen hat. Anschließend hat auch die Schwiegertochter eine Erklärung angeboten. Jene Erklärung hat eine **Darstellung** der Organisationsweise ambulanter Pflege zum Inhalt gehabt hat, die den Eindruck hat entstehen lassen, als sei ein Engagement des ambulanten Pflegedienstes an eine **allgemeine Bedingung** geknüpft: Eine älter werdende Person überschreitet eine definierte Altersgrenze<sup>3248</sup>.
- Die Krankenschwester hat jene Darstellung durch Formulierung einer **Gegendarstellung** korrigiert. Die Organisationsregeln ambulanter Pflege erläuternd, hat sie erklärt: Sie reagiert als Pflegekraft auf eine Bitte um formelle Pflege. Sie schließt von jener Bitte um formelle Pflege auf einen Wunsch nach formeller Pflege, führt eine Bedarfsprüfung durch und leistet Pflege, nicht um Wünsche nach formeller Pflege zu erfüllen, sondern um im Rahmen fachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Bedarf an formeller Pflege zu bearbeiten. Sie hat den Prozess einer Fallübernahme als mehrstufigen Selektionsprozess rekonstruiert und hat verdeutlicht, dass für ein Engagement des ambulanten Pflegedienstes **besondere Bedingungen** erfüllt sein müssen<sup>3249</sup>.
- Die Krankenschwester hat sich veranlasst gesehen, nicht nur jene Gegendarstellung zu formulieren, sondern auch eine **Begründung für jene Gegendarstellung** abgegeben. Sie hat die Befürchtung geäußert: Jener falsche Eindruck wird in Umlauf gebracht, findet im Kreis aktueller oder potentieller Fälle Verbreitung und führt zu einem Anstieg der Bitten um formelle Badehilfe, der die

---

<sup>3248</sup> vgl.: ebd.: 1.  
<sup>3249</sup> vgl.: ebd.: 1f.



Möglichkeiten auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation sprengt<sup>3250</sup>. Jede Bitte um formelle Badehilfe löst einen Prozess der Entscheidung für oder wider die Gewährung von formeller Badehilfe aus: Sind die Bedingungen zur Gewährung von formeller Badehilfe erfüllt? Ist Aufklärung über die Organisationsregeln ambulanter Pflege zu leisten? Wie kann und soll das formelle Badeprogramm aussehen?

Wie stellt sich jener Aufklärungsprozess, basierend auf der seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählung, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe auf die seitens der Seniorin entwickelte Erklärung für die geplante Badehilfe mit einer Gegenerklärung reagiert. Dann habe die Schwiegertochter der Schwiegermutter „gesagt: Die Schwester geht zu allen, die über achtzig sind“<sup>3251</sup>. Die Krankenschwester schildert: Da sei ihr die „Hutschnur hochgegangen“<sup>3252</sup>. Sie habe der Schwiegertochter widersprochen: „Moment einmal. Das können Sie so nicht sagen, daß [sic.] ich zu allen gehe, die über achtzig sind“<sup>3253</sup>. Den Widerspruch erläuternd, habe sie hinzugefügt: Deren Schwiegermutter „bekommt noch Besuch von außen, erzählt das“<sup>3254</sup> und dann kann sie sich als Pflegekraft „vor Anträgen nachher nicht mehr retten“<sup>3255</sup>. Sie habe erklärt: Sie gehe zu allen Personen, die Hilfe brauchen, die über achtzig sind und um Hilfe bitten, aber sie „gehe nicht in jeden Haushalt“<sup>3256</sup>. Sie habe betont: In diversen Haushalten werde der Bedarf an Hilfe durch die Familie gedeckt<sup>3257</sup>.

Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester im Verlauf des Erstbesuches Gelegenheit gehabt, sich nicht nur einen ersten persönlichen Eindruck über den **Zustand der Seniorin**, sondern auch einen ersten persönlichen Eindruck über den **Zustand der familiären Beziehungen** zu machen. Sie schildert: In der Zeit, in der das Badewasser eingelaufen sei, habe die Seniorin „ein bißchen [sic.] von ihrer Familie erzählt“<sup>3258</sup>. Als sie auf den noch lebenden Sohn zu sprechen gekommen sei, habe die Schwiegertochter „die Augen verdreht“<sup>3259</sup>, habe sich jedoch jeden Kommentars enthalten. Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester die Zeit, in der das Badewasser eingelaufen ist, auch genutzt, um mit der Schwiegertochter zu

---

<sup>3250</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>3251</sup> ebd.: 1.

<sup>3252</sup> ebd.: 1.

<sup>3253</sup> ebd.: 1.

<sup>3254</sup> ebd.: 1.

<sup>3255</sup> ebd.: 1.

<sup>3256</sup> ebd.: 1.

<sup>3257</sup> vgl.: ebd.: 1f.

<sup>3258</sup> ebd.: 22.

<sup>3259</sup> ebd.: 22.

kommunizieren und den Prozess der Verständigung über die **Aufgaben** und deren **Verteilung** fortzusetzen. Hat die Krankenschwester **Ansprüche** formuliert? Hat sie eine Mitarbeit der Schwiegertochter eingefordert? Soll die Schwiegertochter in der Zeit **während** der Badeeinsätze mitarbeiten? Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester die Schwiegertochter von jedweder Hilfestellung beim Baden befreit. Sie erzählt: Die Schwiegertochter habe sich erkundigt, ob sie in der Zeit während des Badeeinsatzes ihre Hilfe benötige. Anschließend habe sie der Schwiegertochter erklärt, deren Hilfe beim Baden sei nicht erforderlich. Soll die Schwiegertochter in der Zeit **zwischen** den Badeeinsätzen Vorarbeiten regelmäßiger Art übernehmen? Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester die Schwiegertochter zu Vorarbeiten einmaliger Art veranlasst. Sie erzählt: Sie habe die Schwiegertochter gebeten, die Wasserleitung instand setzen zu lassen<sup>3260</sup> und Sorge zu tragen für „eine rutschfeste Matte und einen Griff an der Badewanne“<sup>3261</sup>.

Die Krankenschwester lässt das Bestreben erkennen, nach Möglichkeit unnötige Belastungen der eigenen Person und unnötige Belastungen von Fällen, die zum Fallbestand gehören, zu vermeiden. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe die Morgenzeit ausgewählt, um den ersten Badeeinsatz durchzuführen. Die Auswahl der Morgenzeit habe sich jedoch als Fehlentscheidung entpuppt. Zu früh am Tage anberaumt<sup>3262</sup>, habe der erste Badeeinsatz zu lange gedauert, da die Seniorin Zeit gebraucht habe, bis sie „in die Gänge“<sup>3263</sup> gekommen sei. Mit der Wahl der Morgenzeit sei weder der Seniorin, noch der Pflegekraft geholfen gewesen. Die Krankenschwester erklärt ferner: Sie habe für den anberaumten zweiten Badeeinsatz nicht die Morgenzeit, sondern die Mittagszeit gewählt<sup>3264</sup>. Die Krankenschwester betont: Sie habe beim ersten Badeeinsatz keine Vorstellung über **Ziele** entwickelt. Sie habe die Seniorin beim selbständigen Vollzug der Körperpflege beobachtet<sup>3265</sup>. Sie habe sich angesichts jener Beobachtung gefordert gesehen, das Ziel zu verwerfen, Selbständigkeit beim Vollzug der Körperpflege herzustellen. Sie habe in der Zeit jenes ersten Badeeinsatzes angenommen, „fehl am Platz“<sup>3266</sup> zu sein. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat sich am Ende des ersten Badeeinsatzes gefordert gesehen, im Falle einer Fortsetzung der Fallbearbeitung zwei Probleme zu lösen. Kann sie im Verlaufe der Zeit den Eindruck der Fehlplatzierung auflösen? Kann sie im Verlaufe der Zeit sowohl dem Auftrag der Angehörigen, als auch dem Selbstbestimmungsrecht der Seniorin gerecht werden?

---

<sup>3260</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>3261</sup> ebd.: 36.

<sup>3262</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3263</sup> ebd.: 19.

<sup>3264</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>3265</sup> vgl.: ebd.: 34f.

<sup>3266</sup> ebd.: 34.

## 7.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

### 7.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext

Die Krankenschwester hat nach eigener Auskunft in der Zeit nach dem Erstbesuch mit ausgewählten, **am Ort** lebenden Angehörigen wiederholt Kontakt von Angesicht zu Angesicht gehabt. Sie berichtet, „immer zwischen Tür und Angel“<sup>3267</sup> Gelegenheit gehabt zu haben, Kontakt herzustellen. Sie hat vermutlich regelmäßig mit der außerhalb des Hauses lebenden Schwiegertochter<sup>3268</sup> und unregelmäßig mit dem im Haus lebenden Enkelsohn Kontakt gehabt<sup>3269</sup>. Sie berichtet, keinen Kontakt zu den **außerhalb des Ortes** lebenden Angehörigen gehabt zu haben<sup>3270</sup>.

### 7.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen

Die Krankenschwester berichtet nicht, im Verlaufe der Zeit Veränderungen im **Zustand der Seniorin** wahrgenommen zu haben. Sie nimmt in der Erzählzeit keineswegs auf diverse körperliche Erkrankungen, sondern ausschließlich auf eine Kreislauferkrankung Bezug<sup>3271</sup> und stellt bezogen auf die **körperliche** Verfassung fest: Die Seniorin weise „keine körperlichen Gebrechen“<sup>3272</sup> auf. Deren Bewegungsfähigkeit sei außergewöhnlich<sup>3273</sup> und lasse allenfalls marginale Einbußen erkennen. Deren Gelenke seien zur Mittagszeit „ein bißchen [sic.] rüstiger“<sup>3274</sup> als zur Vormittagszeit. Einzig „Steiß und Beine“<sup>3275</sup> seien jene für sie schwieriger erreichbaren Körperpartien. Ausschließlich deren Sehfähigkeit weise starke Einbußen auf<sup>3276</sup>. In Bezug auf die **geistige** Verfassung seien keine Beeinträchtigungen wahrnehmbar<sup>3277</sup>. Mit Bezug auf die **seelische** Verfassung nimmt die Krankenschwester eine ihr krankhaft erscheinende Beeinträchtigung wahr. Sie verweist indirekt auf das Vorliegen einer psychischen

---

<sup>3267</sup> ebd.: 43.

<sup>3268</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>3269</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>3270</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>3271</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3272</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>3273</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3274</sup> ebd.: 8.

<sup>3275</sup> ebd.: 12.

<sup>3276</sup> vgl.: ebd. 9, 14, 45.

<sup>3277</sup> vgl.: ebd.: 5, 16, 33.

Erkrankung, indem sie, sich der Strategie des Fallvergleichs bedienend, die Seniorin mit Personen gleichsetzt, die sie als „psychisch Kranke“<sup>3278</sup> definiert. Diverse Symptome haben sich vermutlich zu jenem Eindruck verdichtet: Es liegt eine seelische Erkrankung vor. Die Krankenschwester berichtet erstens: Sie erlebe die Seniorin als eine Person, die ihre Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung bewahren möchte<sup>3279</sup> und vermutlich unter dem Gefühl von schwindender Selbständigkeit und wachsender Abhängigkeit leide<sup>3280</sup>. Sie erlebe die Seniorin als eine Person, die sich in Anbetracht von schwindender Selbständigkeit und wachsender Abhängigkeit von persönlicher Hilfe als „**nutzlos**“<sup>3281</sup> empfinde und befürchte, für jedweden Interaktionspartner eine **Belastung** darzustellen<sup>3282</sup>. Die Krankenschwester berichtet zweitens: Sie erlebe die Seniorin als eine Person, deren „Zeit zum Sterben noch nicht“<sup>3283</sup> gekommen sei, die aber mit Regelmäßigkeit ihren baldigen Tod prophezeie<sup>3284</sup>, ihren Lebensüberdruß bekunde<sup>3285</sup> und die Artikulation des Wunsches zu „**sterben**“<sup>3286</sup> mit der Artikulation des Wunsches verknüpfe, keinem Interaktionspartner „zur Last zu fallen“<sup>3287</sup>. Die Krankenschwester ist zu der Auffassung gelangt, dass die Seniorin den eigenen Tod als Erlösung für die eigene Person und als Erlösung für jedweden Interaktionspartner betrachtet.

Die Krankenschwester betrachtet nicht die Artikulation jenes Gefühls von Nutzlosigkeit an sich, sondern die Regelmäßigkeit, mit der die Seniorin jenes **Gefühl von Nutzlosigkeit** artikuliert, als erklärungsbedürftiges Phänomen. Welche Erklärung bietet die Krankenschwester in der Erzählzeit an? Sie verknüpft das wahrnehmbare Gefühl von Nutzlosigkeit mit dem wahrnehmbaren Verlust an Einbindung in das familiäre Netzwerk. Sie stellt erstens einen Zusammenhang zwischen der Einbindung in ein familiäres Netzwerk und der Artikulation von Gefühlen der Nutzlosigkeit her. Sie erklärt verallgemeinernd: Wenn ältere Personen eine Familie haben und in den Familienverband integriert sind, dann lassen sich Gefühle von Nutzlosigkeit nicht mit jener Regelmäßigkeit wahrnehmen. Sie spezifiziert zweitens die Einbindung in ein familiäres Netzwerk mit Bezug auf einen besonderen Aspekt innerfamiliärer Aufgabenverteilung. Die Betrachtungsweise bleibt allgemein gehalten: Wie verfährt eine Familie bei der Verteilung von Hausarbeiten? Überträgt sie den älteren Familienmitgliedern die Vorarbeiten für das Mittagessen? Die Krankenschwester

---

<sup>3278</sup> ebd.: 50.

<sup>3279</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>3280</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>3281</sup> ebd.: 13, 24; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3282</sup> vgl.: ebd.: 15, 17, 24.

<sup>3283</sup> ebd.: 16.

<sup>3284</sup> vgl.: ebd.: 10, 15, 17, 49.

<sup>3285</sup> vgl.: ebd.: 49.

<sup>3286</sup> ebd.: 17; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3287</sup> ebd.: 17.

behandelt drittens die Familie verallgemeinernd als Instanz, welche das Gefühl von Nutzlosigkeit auf Seiten der älteren Familienmitglieder beeinflussen kann. Sie vertritt die Auffassung: Wenn die Angehörigen ältere Familienmitglieder mit jenen Hausarbeiten betrauen, die sie übernehmen könnten, dann wirken sie dem Gefühl der Nutzlosigkeit entgegen. Den Einzelfall als Beleg wählend und vermutlich auf eine Unterlassung der Schwiegertochter angesichts der getrennten Haushaltsführung verweisend, erläutert die Krankenschwester viertens: Es ver falle „keiner aus dem Haushalt auf die Idee“<sup>3288</sup>, der Seniorin ein „Eimerchen mit Kartoffeln“<sup>3289</sup> zu bringen und sie zu bitten, „für eine ganze Kompanie ein paar Kartoffeln“<sup>3290</sup> zu schälen, und dann empfinde die Seniorin jenes Gefühl von Nutzlosigkeit<sup>3291</sup>. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Der Seniorin fehlt es in Alltagssituationen an Einbindung in das familiäre Netzwerk. Jene fehlende Einbindung in das familiäre Netzwerk ist nach Ansicht der Krankenschwester mit einem Verlust von Aufgabenstellungen<sup>3292</sup> und nicht mit einem Verlust von Kontakt zu Mitgliedern des familialen Netzwerkes verknüpft<sup>3293</sup>.

Nach Darstellung der Krankenschwester hat der „Familienrat“<sup>3294</sup> die Seniorin als unmündige Person behandelt und deren Selbstbestimmungsrecht verletzt<sup>3295</sup>, als er sie mit der Entscheidung „überrumpelt“<sup>3296</sup> hat, die Pflegekräfte zu engagieren, anstatt sie selber entscheiden zu lassen. Die Krankenschwester vermutet: Wenn die Seniorin selber hätte bestimmen können, dann hätte sie einem Engagement der Pflegekräfte widersprochen und dann wäre nicht sicher gewesen, ob sie sich hätte umstimmen lassen<sup>3297</sup>. Die Krankenschwester nimmt den Prozess der Fremdbestimmung eines Familienmitgliedes wahr, das ihrer Einschätzung nach darauf bedacht ist, sich nicht fremdbestimmen zu lassen<sup>3298</sup>, das ihrer Ansicht nach in der Vergangenheit gewohnt gewesen ist, in Interaktionen mit Familienmitgliedern selber „den Ton“<sup>3299</sup> anzugeben und das ihrer Meinung nach in der Gegenwart versucht, über mindestens ein Familienmitglied, über die Schwiegertochter, zu bestimmen<sup>3300</sup>. Die Krankenschwester hat vermutlich mit Regelmäßigkeit die mit jener erlebten **Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes** verbundene Verletztheit der Seniorin erlebt<sup>3301</sup>. Nach

---

<sup>3288</sup> ebd.: 13.

<sup>3289</sup> ebd.: 13.

<sup>3290</sup> ebd.: 13f.

<sup>3291</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>3292</sup> vgl.: ebd.: 13f.

<sup>3293</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>3294</sup> ebd.: 9.

<sup>3295</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>3296</sup> ebd.: 21.

<sup>3297</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3298</sup> vgl.: ebd.: 3, 59.

<sup>3299</sup> ebd.: 25.

<sup>3300</sup> vgl.: ebd.: 24f.

<sup>3301</sup> vgl.: ebd.: 2.

Aussage der Krankenschwester hat die Seniorin einerseits nach einer Erklärung für das Vorgehen gesucht, das der Familienrat gewählt hat<sup>3302</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Die Seniorin habe ihr gesagt, dass sie die Entscheidung der Familie, formelle Badehilfe zu organisieren, in deren Meinung begründet liegen sehe, „sie würde stinken“<sup>3303</sup>. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Seniorin andererseits versucht, den mit der Wahl jener Erklärung verbundenen Widerspruch zu bewältigen. Die Krankenschwester berichtet: Die Seniorin habe keine Zweifel an ihrer Reinlichkeit gehegt, habe sich mit der Wahl jener Erklärung aber mit dem Makel der Unreinlichkeit behaftet gesehen und habe sie jedes Mal gefragt: „Stinke ich denn so, daß [sic.] ich in die Badewanne muß [sic.]?“<sup>3304</sup>.

Wie erklärt die Krankenschwester sich, dass die Seniorin die Auffassung vertritt: „Meine Familie meint, ich stinke“<sup>3305</sup>? Die Krankenschwester erläutert: Erstens sei für sie in Gesprächen mit ausgewählten Angehörigen nicht ersichtlich geworden, dass die Familie der Auffassung sei, die Seniorin sei unreinlich und zweitens hätte die Familie auch keine Veranlassung, die Auffassung zu vertreten, die Seniorin zeichne sich durch Unreinlichkeit aus. Die Krankenschwester äußert in der Erzählzeit erstens die Vermutung: Die Seniorin mache sich glauben, dass die von ihr gewählte Erklärung für die Entscheidung der Angehörigen, den ambulanten Pflegedienst zu engagieren, der Wahrheit entspricht<sup>3306</sup>. Die Krankenschwester stellt in der Erzählzeit zweitens die Vermutung auf: Die Seniorin missbillige, dass die Angehörigen sie mit der Entscheidung, den ambulanten Pflegedienst zu engagieren, „überrumpelt“<sup>3307</sup> haben. Die Krankenschwester nimmt möglicherweise an, dass die Seniorin versucht, die seelische Verletztheit über die erlebte Fremdbestimmung zu bewältigen. Wenn die Seniorin Unreinlichkeit als Erklärung für die Entscheidung der Angehörigen wählt, den ambulanten Pflegedienst zu engagieren, dann kann die Seniorin ihre Aufmerksamkeit darauf richten, die Angehörigen zu entschuldigen, sie irrtümlich als unreinliche Person behandelt zu haben, anstatt ihre Aufmerksamkeit darauf zu konzentrieren, die Angehörigen anzuklagen, sie als unmündige Person behandelt zu haben. Die Krankenschwester berichtet, ausgewählte Angehörige unter Bezugnahme auf die Badehilfe aufgeklärt zu haben, dass eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes im Falle einer mündigen älteren Person eine konflikträchtige Handlungsweise darstellt<sup>3308</sup>.

---

<sup>3302</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>3303</sup> ebd.: 6.

<sup>3304</sup> ebd.: 2.

<sup>3305</sup> ebd.: 20.

<sup>3306</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>3307</sup> ebd.: 21.

<sup>3308</sup> vgl.: ebd.: 20.

Hat die Krankenschwester Eindrücke über den seelischen Zustand der Seniorin in der erzählten Zeit auch durch Kommunikation mit den Angehörigen gewonnen? Die Krankenschwester berichtet: Sie habe in einem Gespräch mit der Schwiegertochter Gelegenheit gehabt, die Erfahrungen, die sie im Rahmen der Badeeinsätze mit Symptomen einer seelischen Erkrankung gemacht habe, mit den Erfahrungen abzugleichen, welche die Schwiegertochter im Rahmen des Alltags gemacht habe. Die Krankenschwester hat die Aufmerksamkeit in jenem Gespräch möglicherweise auf ein ausgewähltes Symptom konzentriert: Nehmen auch die Angehörigen auf Seiten der Seniorin ein Gefühl von Lebensüberdruß wahr? Beim Abgleich der selbsterlebten und fremderlebten Erfahrungen hat sich auf Seiten der Krankenschwester vermutlich der Eindruck verdichtet, dass eine psychische Erkrankung vorliegt<sup>3309</sup>. Hat sie die Angehörigen verständigt, den Eindruck gewonnen zu haben, der seelische Zustand der Seniorin sei beeinträchtigt und eine seelische Erkrankung lasse sich nicht ausschließen? Möglich ist: Sie hat sich mit der Schwiegertochter zwar über Anzeichen verständigt, die auf eine psychische Erkrankung schließen lassen, hat es aber unterlassen, die Schwiegertochter über den eigenen Eindruck zu verständigen, eine psychische Erkrankung lässt sich nicht ausschließen.

Die Krankenschwester berichtet: Sie habe im Verlaufe der Zeit durch Kommunikation mit ausgewählten Angehörigen auch Eindrücke über den **Zustand ausgewählter Familienbeziehungen** gewonnen<sup>3310</sup>. Sie vergleicht die Beziehung, die die Seniorin zu ihrer Schwiegertochter unterhält, in der Erzählzeit mit der Beziehung, die die Seniorin zu ihrem Sohn hat. Sie ist vermutlich der Auffassung: Die emotionale Bindung an das jeweilige Familienmitglied und die Einbindung in dessen jeweiliges Alltagsleben klaffen auseinander. Die emotionale Bindung an die Schwiegertochter ist zwar schwächer als die emotionale Bindung an den Sohn. Die Einbindung in das Alltagsleben der Schwiegertochter ist aber stärker als die Einbindung in das Alltagsleben des Sohnes. Die Krankenschwester ist vermutlich auch der Auffassung: Weder die Schwiegertochter als Verkörperung der emotional schwächeren Bindung, noch der Sohn als Verkörperung der emotional stärkeren Bindung verheißen die Möglichkeit, die Einbindung in das Alltagsleben der Angehörigen auszubauen<sup>3311</sup>.

Die Krankenschwester ist im Verlaufe der Zeit einerseits zu der Auffassung gelangt, dass die Beziehung zwischen Schwiegermutter und Schwiegertochter **konflikthaft** ist. Sie betont in der Erzählzeit: Zwischen beiden Personen bestehe zwar „ein einigermaßen

---

<sup>3309</sup> vgl.: ebd.: 49f.

<sup>3310</sup> vgl.: ebd.: 10f.

<sup>3311</sup> vgl.: ebd.: 41.

gutes Verhältnis<sup>3312</sup>, jedoch seien zwischen ihnen bestehende Probleme unübersehbar<sup>3313</sup>. Die Seniorin verlange, dass die Schwiegertochter die Arbeiten und die Pflichten erledige, bevor sie sich Freizeit nehme<sup>3314</sup>. Die Schwiegertochter könne sich gegen den Willen der Schwiegermutter nicht durchsetzen<sup>3315</sup>. Die Krankenschwester ist im Verlaufe der Zeit andererseits zu der Ansicht gelangt, dass die Seniorin die Beziehung zu ihrem Sohn als **konfliktfrei** erlebt. Die Krankenschwester ist der Meinung: Die Seniorin „vergöttert den Sohn“<sup>3316</sup> und „hält große Stücke“<sup>3317</sup> auf ihn. Die Krankenschwester vermutet: Der Sohn ist „**das Liebchen**“<sup>3318</sup> der Seniorin. Denkbar ist: Jene Vermutung basiert auf Gesprächen, welche die Krankenschwester im Kontext der Badeeinsätze mit der Seniorin geführt hat. Die Krankenschwester betont: Wenn die Seniorin von ihrem Sohn berichte, dann führe sie keine Klage, sondern gerate immer ins Schwärmen. Die Seniorin berichte, dass ihr Sohn „eine schöne Stellung, einen guten Beruf und eine gute Frau“<sup>3319</sup> habe, aber sie berichte nicht, dass die Schwiegertochter „eine gute Frau“<sup>3320</sup> sei, obgleich die Schwiegertochter die alltägliche Versorgung sicherstelle<sup>3321</sup>. Der Krankenschwester bleibt jene Diskrepanz zwischen erhaltener Unterstützung und gewährter Anerkennung unerklärlich. Sie ist der Ansicht: Der Sohn ist nicht nur an der Versorgung im Alltag unbeteiligt, sondern hat es auch an einem besonderen Ehrentag unterlassen, seine Mutter in gebührender Weise zu umsorgen. Die Krankenschwester erzählt: Der Sohn habe seine Mutter anlässlich ihres Geburtstages zwar zusammen mit seiner Familie besucht<sup>3322</sup>, habe ihr aber nicht bis zum Nachmittag Gesellschaft geleistet<sup>3323</sup>, sondern sei im Anschluss an ein gemeinsames Mittagessen in Urlaub gefahren und habe seiner Mutter das Spülen überlassen. Anstatt seiner Mutter anlässlich ihres Geburtstages „ein köstliches Mahl zu kredenzen“<sup>3324</sup>, habe er ihr „ein ganz normales Alltagsessen beschert: Erbsensuppe mit Klößchen“<sup>3325</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie persönlich habe sich „über diese blöde Suppe geärgert“<sup>3326</sup>. Als sie erfahren habe, dass der Sohn seiner Mutter an jenem Ehrentag jenem Eintopf geboten habe, habe sie „gedacht, mich haut es um“<sup>3327</sup>. Mit jener Suppe

---

<sup>3312</sup> ebd.: 3.

<sup>3313</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>3314</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>3315</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3316</sup> ebd.: 41.

<sup>3317</sup> ebd.: 56.

<sup>3318</sup> ebd.: 41; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3319</sup> ebd.: 41.

<sup>3320</sup> ebd.: 41.

<sup>3321</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>3322</sup> vgl.: ebd.: 41, 57.

<sup>3323</sup> vgl.: ebd.: 57.

<sup>3324</sup> ebd.: 41.

<sup>3325</sup> ebd.: 41.

<sup>3326</sup> ebd.: 59.

<sup>3327</sup> ebd.: 56.



an jenem Ehrentag habe sie nicht gerechnet. Der geplante Urlaub sei kein Grund gewesen, an jenem Ehrentag jene Suppe statt „ein bisschen Gulasch im Schnellkochtopf“<sup>3328</sup> zu bieten. Ihr persönlich habe jene seitens des Sohnes gewählte Behandlung seiner Mutter „einen richtigen Hieb“<sup>3329</sup> versetzt. Jenen Ehrentag rekonstruierend, verdeutlicht die Krankenschwester: Sie hat eine **Wertvorstellung** verletzt gesehen, die sie bezüglich der Gestaltung von Familienbeziehungen hat. Anzunehmen ist: Sie schätzt es, wenn Angehörige zumindest anlässlich besonderer Ehrentage auf Bedürfnisse älterer Familienmitglieder nach sozialer Bindung und sozialer Wertschätzung **Rücksicht** nehmen. Sie betrachtet es vermutlich als selbstverständlich, wenn Angehörige ein hochbetagtes Familienmitglied anlässlich seines Geburtstages würdigen. Sie beurteilt: Wird ein älteres Familienmitglied von Angehörigen anlässlich seines Geburtstages angemessen behandelt<sup>3330</sup>? Sie betont, keine überzogenen Maßstäbe an die anlässlich des Geburtstages eines älteren Familienmitgliedes zu leistende Würdigung anzulegen: „Es muß [sic.] nichts Besonderes sein“<sup>3331</sup>. Sie berichtet nicht, die Angehörigen in jenem Einzelfall aufgeklärt zu haben, dass sie die Ehrung eines hochbetagten Familienmitgliedes, anlässlich seines Ehrentages von Angehörigen geleistet, als Selbstverständlichkeit betrachtet und dass sie eine unterlassene Ehrung als Verletzung einer Selbstverständlichkeit erachtet.

Die Krankenschwester berichtet weder, in der Kommunikation mit ausgewählten Angehörigen ausgewählte Familienbeziehungen als konflikthaft bezeichnet zu haben, noch berichtet sie, ausgewählte Angehörige aufgefordert zu haben, das ältere Familienmitglied in stärkerem Maße an ihrem Alltagsleben und an ihrer Alltagsbewältigung zu beteiligen. Den **Zustand der Angehörigen** in der Erzählzeit beurteilend, richtet die Krankenschwester die Aufmerksamkeit auf ein ausgewähltes Familienmitglied. Sie beurteilt den Zustand der im Prozess der Alltagsbewältigung als Kardinalfigur fungierenden Schwiegertochter. Sie nimmt Bezug auf einen Alltag, der Gemeinsamkeiten mit dem Alltag der Pflegefachkraft deutlich werden lässt: Sie sieht die Schwiegertochter erstens gefordert, Versorgungsfunktionen im Falle zweier älterer Familienmitglieder zu übernehmen. Sie sieht die Schwiegertochter zweitens gehalten, diverse Arbeiten mit der eigenen Freizeit in Einklang zu bringen<sup>3332</sup>, die sie zu Zwecken der eigenen Erholung und zu Zwecken der eigenen Selbstverwirklichung nutzen könnte<sup>3333</sup>. Die Krankenschwester nimmt in der Erzählzeit als erstes auf die **Versorgungsfunktion für ein älteres Familienmitglied** Bezug. Sie bedient sich der

---

<sup>3328</sup> ebd.: 56.

<sup>3329</sup> ebd.: 56.

<sup>3330</sup> vgl.: ebd.: 41, 56f, 59.

<sup>3331</sup> ebd.: 58.

<sup>3332</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>3333</sup> vgl.: ebd.: 43.

Strategie des Fallvergleiches, bestimmt die Anforderungen aus dem Blickwinkel einer auf den Körper der älteren Person zentriert bleibenden Pflege, blendet die mit der psychischen Erkrankung einhergehenden Anforderungen aus und vertritt die Auffassung, dass jene Versorgungsfunktion für jenes eine ältere Familienmitglied keine nennenswerte Belastung auf Seiten der Schwiegertochter erzeugt. Sie betont: Wenn sie das der Versorgung der Schwiegermutter dienende Engagement mit einem Engagement vergleiche, das bei der Versorgung bettlägeriger Patienten gefordert sei, dann meine sie, dass der seitens der Schwiegertochter zu bewältigende „Aufwand nicht groß ist“<sup>3334</sup>. Die Krankenschwester bezieht sich in der Erzählzeit als zweites auf die **Versorgungsfunktion für zwei ältere Familienmitglieder**: für Schwiegermutter und Mutter. Sie ist der Ansicht, dass jene doppelte Versorgungsfunktion auf Seiten der Schwiegertochter ein Maß an Belastung erzeugt, das phasenweise in Überforderung umschlägt. Sie betont: „Das Aufwendige“<sup>3335</sup> liege in der Übernahme von Versorgungsleistungen für zwei ältere Familienmitglieder begründet<sup>3336</sup>. Die Schwiegertochter wechsele in Folge dessen „immer zwischen den zwei Haushalten“<sup>3337</sup>. Sie habe ihren Alltag in Arbeitszeit und Freizeit unterteilt und müsse das Arbeitspensum im Routineverfahren erledigen. Wenn es während der Arbeitszeit zu Störungen komme, die einen Abzug von Freizeit bedeuten könnten, dann sei die Schwiegertochter „am Rotieren“<sup>3338</sup>. Wenn die Schwiegertochter mit beiden Seniorinnen zusammenleben würde, dann wäre eine dauerhafte Überforderung der Schwiegertochter nicht auszuschließen, dann würde die Schwiegertochter „durchdrehen“<sup>3339</sup>, weil ihr dann nämlich beide Seniorinnen „auf dem Kopf herumtanzen würden“<sup>3340</sup> und auf ihr Anrecht auf gleiche Versorgung „pochen würden“<sup>3341</sup>. Die Krankenschwester äußert in der Erzählzeit die Vermutung: Die Schwiegertochter empfindet nicht erst die Anforderung, Schwiegermutter **und** Mutter zu versorgen, sondern bereits die Anforderung, die Schwiegermutter zu versorgen, „als extrem“ belastend<sup>3342</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat es unterlassen, jene Vermutung in der Kommunikation mit der Schwiegertochter offenzulegen.

---

<sup>3334</sup> ebd.: 42.

<sup>3335</sup> ebd.: 43.

<sup>3336</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>3337</sup> ebd.: 43.

<sup>3338</sup> ebd.: 7.

<sup>3339</sup> ebd.: 43.

<sup>3340</sup> ebd.: 43.

<sup>3341</sup> ebd.: 43.

<sup>3342</sup> ebd.: 42.

### 7.2.2.3. Die Formulierung von Zielsetzungen

Die Krankenschwester stellt in der Erzählzeit **Vermutungen** über die Zielsetzungen an, die die Schwiegertochter mit der Bitte um formelle Badehilfe verfolgt hat. Die Krankenschwester vermutet, dass die Schwiegertochter bestrebt gewesen ist, sowohl in näherer Zukunft als auch in fernerer Zukunft mit einer Pflege der Schwiegermutter einhergehende Belastungen der eigenen Person möglichst zu vermeiden<sup>3343</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Die Schwiegertochter habe im Falle der eigenen Mutter erlebt, dass es entlastend sei, wenn eine Pflegekraft Unterstützung leiste. Die Schwiegertochter habe erlebt: Die Mutter werde gebadet und sie selber sei folglich nicht gefordert, Badehilfe zu leisten. Und da habe die Schwiegertochter gehofft, es sei für sie **in der näheren Zukunft** einfacher, wenn die Pflegekräfte der Schwiegermutter beim Baden helfen, anstatt selber Hilfe beim Baden zu leisten<sup>3344</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: Die Schwiegertochter „wird vielleicht auch den Hintergedanken gehabt haben“<sup>3345</sup>, Kontakt mit den Pflegekräften herzustellen, dass die Schwiegermutter darauf vorbereitet werde, dass die Schwiegertochter plane, zu Zwecken der eigenen Entlastung die häusliche Pflege im Falle eines **in der fernerer Zukunft** steigenden Pflegebedarfs entweder vollumfänglich oder teilweise von den Pflegekräften übernehmen zu lassen<sup>3346</sup>. Zu unterstellen ist: Die Krankenschwester hat es unterlassen, jene Vermutungen in der Kommunikation mit der Schwiegertochter offenzulegen.

In der Erzählzeit äußert die Krankenschwester **Verständnis** für jene unterstellte Zielsetzung. Die Krankenschwester verknüpft die Demonstration des eigenen Verständnisses mit dem Hinweis auf die Vergleichbarkeit des Alltags von Pflegekraft und Schwiegertochter. Sie stellt fest: Die Schwiegertochter „hüpft auch nur von einem Haushalt in den anderen“<sup>3347</sup>. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Schwiegertochter ihren Alltag durch Teilung in Arbeitszeit und Freizeit in einer Weise eingerichtet, die erstens störanfällig ist und sie zweitens im Störfall der Möglichkeit einer Überforderung aussetzt. Die Krankenschwester betont: Daher könne sie verstehen, dass die Schwiegertochter es vorgezogen habe, die Pflegekräfte zu bitten, Hilfe beim Baden zu leisten, anstatt selber beim Baden zu helfen<sup>3348</sup>.

Das Verständnis der Krankenschwester für die der Schwiegertochter unterstellte Zielsetzung mag sich nicht nur der Einsicht in die Vergleichbarkeit des Alltags, sondern

---

<sup>3343</sup> vgl.: ebd.: 3, 34.

<sup>3344</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3345</sup> ebd.: 34.

<sup>3346</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>3347</sup> ebd.: 7.

<sup>3348</sup> vgl.: ebd.: 7.

auch der Einsicht in die Vergleichbarkeit der Zielsetzungen verdanken: Die Krankenschwester demonstriert das eigene Bestreben, vermeidbare Belastungen auf Seiten der eigenen Person zu vermeiden. In der Erzählzeit erklärt die Krankenschwester erstens: Es sei **im Allgemeinen** „nicht Sinn und Zweck der Sache“<sup>3349</sup>, die Pflegekräfte nur dann um ein Engagement zu bitten, wenn die zu pflegenden Personen „in den letzten Atemzügen liegen“<sup>3350</sup>. Zweitens betont sie die mit einem Engagement nur im Sterbefall einhergehende eigene Belastung: „Ist auch kein schönes Arbeiten“<sup>3351</sup>. Sie beschreibt drittens das Bestreben der Pflegekräfte, sich Badefälle zu verschaffen<sup>3352</sup> und zu wahren<sup>3353</sup>. Sie verdeutlicht zum einen: Badefälle liegen im Allgemeinen nicht „in den letzten Atemzügen“<sup>3354</sup>, sondern verheißen einerseits den Einstieg in vergleichsweise weniger belastende Arbeitssituationen und verheißen andererseits die Möglichkeit zur Vorbereitung auf vergleichsweise stärker belastende Arbeitssituationen. Sie verdeutlicht zum anderen, auch bei der Bearbeitung der Badefälle bestrebt zu bleiben, vermeidbare Belastungen der eigenen Person zu vermeiden<sup>3355</sup>. Die Krankenschwester betont einerseits, **im Einzelfall** unsicher gewesen zu sein, ob es ein realistisches Ziel ist, jenen Fall als Badefall zu wahren<sup>3356</sup>. Die Krankenschwester betont andererseits, den im Kontext des Erstbesuches gewonnenen Eindruck der Fehlplatzierung<sup>3357</sup> in Nachfolgezeit nicht aufrechterhalten zu haben<sup>3358</sup>. Welchen Zielsetzungen hat die Krankenschwester sich verschrieben?

- Hat sie Ziele gewählt, die auf den **Körper** der zu badenden Person zentriert sind? Hat sie sich dem Ziel verschrieben, eine körperliche Erkrankung zu heilen, zu lindern oder der Verschlimmerung einer körperlichen Erkrankung vorzubeugen? Anzunehmen ist: Sie hat sich das Ziel gesetzt, körperliche Beschwerden als Folge der Kreislauferkrankung zu vermeiden<sup>3359</sup>. Sie hat das Ziel gewählt, im Kontext der Badehilfe Badeunfälle zu vermeiden<sup>3360</sup>. Sie hat sich dem Ziel verschrieben, das körperliche Wohlbefinden der zu badenden Person zu fördern<sup>3361</sup>. Anzunehmen ist ferner: Sie hat sich nicht veranlasst gesehen, das

---

<sup>3349</sup> ebd.: 29.

<sup>3350</sup> ebd.: 29.

<sup>3351</sup> ebd.: 29.

<sup>3352</sup> vgl.: ebd.: 52.

<sup>3353</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>3354</sup> ebd.: 29.

<sup>3355</sup> vgl.: ebd.: 8, 18f, 23, 53.

<sup>3356</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>3357</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>3358</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>3359</sup> vgl.: ebd.: 26f.

<sup>3360</sup> vgl.: ebd.: 2, 1f, 36.

<sup>3361</sup> vgl.: ebd.: 30, 34.

Ziel zu wählen, im Kontext der Badehilfe die körperliche Hygiene sicherzustellen und relative Selbständigkeit bei der Körperpflege herzustellen<sup>3362</sup>.

- Hat die Krankenschwester Ziele gewählt, die nicht nur auf den Körper, sondern auch die **Psyche** der zu badenden Person zentriert sind? Ist es Ziel der Krankenschwester gewesen, die unterstellte seelische Erkrankung<sup>3363</sup> zu heilen, zu lindern oder der Verschlimmerung jener seelischen Erkrankung vorzubeugen? Sie ist möglicherweise bestrebt gewesen, durch die Badehilfe nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische Wohlbefinden der zu badenden Person zu fördern. Sie bezeichnet die Badehilfe zwar als Maßnahme zur Förderung des körperlichen Wohlbefindens der zu badenden Person. Denkbar ist jedoch, dass sie sich von einer Steigerung des körperlichen Wohlbefindens auch eine Steigerung des seelischen Wohlbefindens erhofft hat<sup>3364</sup>.
- Die Möglichkeiten, im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege auf ein Engagement des familialen Netzwerkes verzichten zu können, schwinden, wenn eine Phase **ohne** gesteigerten Pflegebedarf in eine Phase **mit** gesteigertem Pflegebedarf umschlägt. Die Krankenschwester hegt die Befürchtung: Wenn sie in einer Phase ohne gesteigerten Pflegebedarf von der Schwiegertochter verlangt, Pflege zu leisten, dann löst sie einen „**Familienstreit**“<sup>3365</sup> aus und verursacht eine Schwächung des familialen Engagements. Sie ist vermutlich bestrebt gewesen, eine Schwächung des familialen Engagements zu verhindern. Sie ist vermutlich darauf bedacht gewesen, eine Schwächung im familialen Engagement in einer Phase ohne gesteigerten Pflegebedarf zu vermeiden, um die Chance auf ein familiales Engagement in einer Phase mit erhöhtem Pflegebedarf zu wahren.
- Anzunehmen ist: Die Befürchtung, im Falle einer Forderung nach informeller Badehilfe einen Familienstreit auszulösen<sup>3366</sup>, basiert auf der Vermutung, dass sich der Durchsetzungswille der Schwiegermutter eher in Interaktionen mit der Schwiegertochter als in Interaktionen mit den Pflegekräften niederschlägt<sup>3367</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie vermute, dass die Schwiegermutter die

---

<sup>3362</sup> vgl.: ebd.: 2, 30.

<sup>3363</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>3364</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>3365</sup> ebd.: 7; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3366</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>3367</sup> vgl.: ebd.: 3f, 24f.

Pflegekräfte als „wildfremde Personen“<sup>3368</sup> betrachte. Die Krankenschwester erklärt ferner: Sie glaube, dass die Schwiegermutter der Auffassung sei, dass sie sich in Interaktionen mit den Pflegekräften anders als in Interaktionen mit den Familienmitgliedern „ein bißchen [sic.] zurückhalten muß [sic.]“<sup>3369</sup>.

Hat die Krankenschwester die Angehörigen über die mit der formellen Badehilfe verfolgten Zielsetzungen aufgeklärt? Hat sie die Arbeit und die Arbeitsbedingungen besprochen, ohne Zielsetzungen eigens zu deklarieren? Hat sie es den Angehörigen überlassen, auf die Zielsetzungen zu schließen? Die Krankenschwester äußert sich nicht.

#### 7.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensum

Wie ist es aus Sicht der Krankenschwester um den **Unterstützungsbedarf auf Seiten der Seniorin** bestellt? **In der Erzählzeit** bleibt ein mit der wahrgenommenen körperlichen Erkrankung der Seniorin verbundener Bedarf an medizinischer Behandlung unbestritten. Ein mit der wahrgenommenen seelischen Erkrankung der Seniorin verknüpfter Bedarf an psychologischer Behandlung bleibt unerwähnt. Den Bedarf an Pflege besprechend, richtet die Krankenschwester die Aufmerksamkeit in der Erzählzeit auf den Bedarf an Hilfe beim Baden. Die Krankenschwester gewährt Einblicke in das **Verfahren** der Bedarfsbestimmung. Sie zerlegt den Badeprozess gedanklich in die Handlungsprobleme, die es zu bewältigen gilt: in das Einsteigen in die Badewanne, in die Körperpflege und in das Aussteigen aus der Badewanne. Sie zerlegt auch den Prozess der Körperpflege gedanklich in die zu bewältigenden Handlungsprobleme: in die Pflege des Oberkörpers und in die Pflege des Unterkörpers. Sie beurteilt die Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Bewältigung jener Handlungsprobleme. Die Krankenschwester gewährt ferner Einblicke in die **Verfahrensergebnisse**. Sie vertritt nicht die Auffassung: Selbständiges Baden ist im Einzelfall unmöglich. Sie vertritt vielmehr die Auffassung: Selbständiges Baden ist im Einzelfall erschwert. Sie erklärt erstens: Erschwert sei der selbständige Vollzug jener Akte, die dem eigentlichen Akt der Körperpflege unmittelbar vor- und nachgelagert seien, das selbständige Einsteigen in die Badewanne und das selbständige Aussteigen aus der Badewanne<sup>3370</sup>. Sie erklärt zweitens: Erschwert sei auch der selbständige Vollzug der Körperpflege. Erschwert sei

---

<sup>3368</sup> ebd.: 25.

<sup>3369</sup> ebd.: 25.

<sup>3370</sup> vgl.: ebd.: 34.

allerdings nicht die selbständige Pflege des gesamten Körpers, sondern die selbständige Pflege ausgewählter Körperteile: nämlich das selbständige Waschen des Unterkörpers<sup>3371</sup>. Die Krankenschwester lässt die Bereitschaft erkennen, sowohl Bedarf an persönlicher Hilfestellung beim Einsteigen in die Badewanne und beim Aussteigen aus der Badewanne, als auch Bedarf an persönlicher Hilfestellung beim Waschen des Unterkörpers anzuerkennen<sup>3372</sup>. Die Krankenschwester betrachtet vermutlich die beeinträchtigte Bewegungsfähigkeit und die beeinträchtigte Sehfähigkeit als Erschwernis für selbständiges Baden.

- Die Krankenschwester lässt in der Erzählzeit die Bereitschaft erkennen, Bedarf an Hilfe beim Baden anzuerkennen. Nach Ansicht der Krankenschwester ist die Auffassung vertretbar: Im Einzelfall besteht spezifizierbarer Bedarf an Hilfe beim Baden. Im Einzelfall bedarf es der persönlichen Hilfestellung bei der Pflege des Unterkörpers, beim Einsteigen in die Badewanne und beim Aussteigen aus der Badewanne<sup>3373</sup>.
- Die Krankenschwester hat die Annahme, „fehl am Platz“<sup>3374</sup> zu sein, vermutlich verworfen<sup>3375</sup>. Sie hat möglicherweise befürchtet, dass sie den Hilfebedarf unterschätzt und die Seniorin überfordert, wenn sie Bedarf an Hilfe beim Baden negiert. Sie hat möglicherweise angenommen: Wenn sie Bedarf an Hilfe beim Baden anerkennt und auf Basis jener Bedarfsdefinition Hilfe beim Baden leistet, dann lässt sich eine Überforderung der Seniorin vermeiden.
- Es ist jederzeit möglich, dass die Krankenschwester in Prozessen der Bedarfsbestimmung aus Versehen einen Fehler begeht. Unterschätzung und Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Baden sind jederzeit mögliche Fehleinschätzungen: Die Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Baden kann zu einer Überforderung der älteren Person führen. Bei Überforderung besteht erhöhte Sturzgefahr. Die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Baden kann zu einer Unterforderung der älteren Person führen.
- Die Krankenschwester ist gefordert, sich in Prozessen der Bestimmung des Bedarfs an Hilfe beim Baden um Fehlervermeidung zu bemühen. Anzunehmen

---

<sup>3371</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3372</sup> vgl.: ebd.: 12, 34.

<sup>3373</sup> vgl.: ebd.: 12, 34.

<sup>3374</sup> ebd.: 34.

<sup>3375</sup> vgl.: ebd.: 12, 34.

ist: Sie ist bei jedem Badefall bemüht, eine Bedarfsdefinition zu erstellen, die auf der differenzierten Analyse der zu bewältigenden Handlungsprobleme beruht. Anzunehmen ist auch: Sie zieht es bei jedem Badefall im Zweifelsfall vor, Bedarf an Hilfe beim Baden zu unterstellen, anstatt Bedarf an Hilfe beim Baden zu negieren.

Wie stellt sich aus Sicht der Krankenschwester der **Unterstützungsbedarf auf Seiten der Angehörigen** dar? Ist die Krankenschwester der Meinung, dass die Schwiegertochter erholungsbedürftig ist und der Freizeit bedarf? Ist die Krankenschwester der Auffassung, dass die Schwiegertochter der Intervention einer Pflegefachkraft bedarf, um die körperliche Pflege eines älteren Familienmitgliedes sicherzustellen? Ist die Krankenschwester der Ansicht, dass die Schwiegertochter der psychologischen Behandlung bedarf, um die Versorgung eines älteren Familienmitgliedes zu gewährleisten, das Anzeichen einer psychischen Erkrankung aufweist? Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit, dass sie verstehen kann, dass die Schwiegertochter „Freizeit haben möchte“<sup>3376</sup>.

Hat die Krankenschwester die Angehörigen **im Verlaufe der erzählten Zeit** in Prozesse der Bedarfsbestimmung eingebunden? Die Krankenschwester berichtet zwar, in einem Gespräch mit einem Angehörigen die Auffassung vertreten zu haben, die körperliche Erkrankung der Seniorin sei behandlungsbedürftig<sup>3377</sup>. Die Krankenschwester berichtet aber nicht, in einem Gespräch mit Angehörigen die Auffassung geäußert zu haben, die Seniorin leide an einer behandlungsbedürftigen seelischen Erkrankung.

## **7.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben**

### **7.2.2.5.1. Die Pflege**

Das **Engagement der Pflegekraft** zeichnet sich durch die Anforderung aus, das **Engagement im Einzelfall** mit dem **Engagement im Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen. Die Krankenschwester erklärt: Der Arbeitsalltag sei in Anbetracht einer Personalstruktur, die in der Regel auf anderthalb Arbeitskraft basiere, zweigeteilt. Zur Vormittagszeit herrsche „volles Programm“<sup>3378</sup>. Bis zum Beginn der Mittagszeit muss die

---

<sup>3376</sup> ebd.: 43.

<sup>3377</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>3378</sup> ebd.: 55.



Hauptarbeit erledigt sein. Das zu bewältigende Arbeitspensum werde erledigt, ohne Pausen einzulegen. Mit Beginn der Mittagszeit kehre Ruhezeit ein. Es folge eine Zeit mit allenfalls vereinzelter Arbeitseinsätzen<sup>3379</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: Badeeinsätze seien im Allgemeinen nicht an die Vormittagszeit gebunden<sup>3380</sup>. Die Arbeit in Badefällen sei im Allgemeinen „zackzack und ruckzuck“<sup>3381</sup> erledigt und deshalb lasse sich die Übernahme von Badefällen immer bewerkstelligen<sup>3382</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Das eigene Arbeitspensum habe sich ohne Schwierigkeiten um jenen besonderen Badefall erweitern lassen<sup>3383</sup>. Sie habe den Badeeinsatz im Einzelfall von der Vormittagszeit auf die Mittagszeit verlegt. Sie erklärt: „Wenn die Hauptarbeit erledigt war, dann habe ich mich schön genüßlich [sic.] auf den Weg gemacht“, um Badehilfe zu leisten<sup>3384</sup>.

Das Engagement der Pflegekraft zeichnet sich ferner durch seine **Begrenztheit** aus. Nach Aussage der Krankenschwester ist es ihre Aufgabe gewesen, die Badehilfe durchzuführen<sup>3385</sup>. Die Aufmerksamkeit auf die im Rahmen der Badehilfe anfallenden **Arbeitsleistungen** lenkend, berichtet die Krankenschwester: Sie sei beim eigentlichen Akt der Körperpflege behilflich gewesen. Sie habe ausgewählte Körperteile gewaschen<sup>3386</sup>. Sie habe ferner bei dem der Körperpflege vor- und nachgelagerten Akten Hilfestellung geleistet. Sie habe Hilfe beim Einsteigen in die Badewanne und Hilfe beim Aussteigen aus der Badewanne geleistet<sup>3387</sup>. Sie sei auch beim Ankleiden behilflich gewesen<sup>3388</sup>. Das Augenmerk auf die im Rahmen der Badehilfe investierte **Arbeitszeit** lenkend, berichtet die Krankenschwester: Das Badeprogramm sei von Einsätzen zur Vormittagszeit auf Einsätze zur Mittagszeit sowie von Einsätzen im wöchentlichen Turnus auf Einsätze im zweiwöchentlichen Turnus umgestellt worden. In Folge jener Umstellungen sei die Arbeitszeit gesunken<sup>3389</sup>.

Wie ist es um das **Engagement der Angehörigen** bestellt gewesen? Anzunehmen ist: Aufgabe der Angehörigen ist es gewesen, die **Badehilfe vorzubereiten**. Die Angehörigen haben im Rahmen der Vorbereitung der Badehilfe eine Arbeit übernommen, die sich sowohl durch ihre Nähe zur Pflege, als auch durch ihre Nähe zur Hausarbeit auszeichnet. Nach Aussage der Krankenschwester haben die Angehörigen

---

<sup>3379</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>3380</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>3381</sup> ebd.: 54.

<sup>3382</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>3383</sup> vgl.: ebd.: 53.

<sup>3384</sup> ebd.: 55.

<sup>3385</sup> vgl.: ebd.: 12f.

<sup>3386</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3387</sup> vgl.: ebd.: 12f.

<sup>3388</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>3389</sup> vgl.: ebd.: 23.

die „Wäsche zurechtgelegt“<sup>3390</sup> und den Ölofen in Betrieb gesetzt<sup>3391</sup>. Anzunehmen ist ferner: Aufgabe der Angehörigen ist es **nicht** gewesen, die **Badehilfe durchzuführen**. Die Krankenschwester berichtet nicht, im Verlaufe der Zeit versucht zu haben, die Schwiegertochter als Zweitkraft zu benutzen, die in der Zeit während eines Badeeinsatzes **gemeinsam** mit der Pflegekraft Hilfe beim Baden leistet. Nach Angaben der Krankenschwester hat es beim Vollzug der Badehilfe keiner zweiten Hilfskraft bedurft<sup>3392</sup>. Die Krankenschwester berichtet auch nicht, im Verlaufe der Zeit den Versuch unternommen zu haben, Badehilfe **im Wechsel** von Pflegekraft und Schwiegertochter leisten zu lassen.

Die Krankenschwester berichtet: Sie habe im Verlaufe der Zeit wiederholt **Badehilfe** geleistet. Zuerst habe sie jede Woche einen Badeeinsatz durchgeführt. Nachher habe sie „alle vierzehn Tage“<sup>3393</sup> einen Badeeinsatz absolviert. Eines Tages habe sie sich gefordert gesehen, die Badeeinsätze einzustellen. Die Krankenschwester erklärt: Die Einstellung der Badeeinsätze sei erfolgt, nachdem die Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes entschieden habe, eine finanzielle Selbstbeteiligung an den Pflegekosten einzuführen. Die ursprünglich kostenlos erbrachte Badehilfe „kostet die Leute jetzt Geld“<sup>3394</sup>. Wie lässt sich der Prozess der Gewährung der formellen Badehilfe, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat fortgesetzt unterstellt, dass auf Seiten der Seniorin **Bedarf an formeller Badehilfe** besteht. Anzunehmen ist ferner: Die Krankenschwester hat fortlaufend überprüft, ob auf Seiten der Seniorin ein **Wunsch nach formeller Badehilfe** besteht. Sie ist im Rahmen jener fortlaufenden Überprüfung zu der Annahme gelangt, dass auf Seiten der Seniorin (k)ein Wunsch nach formeller Badehilfe besteht<sup>3395</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat im Verlaufe der Zeit erlebt, dass ein Angehöriger, d.h. der Enkel, sie um den Versuch zur Fortsetzung der Badehilfe gebeten hat. Sie hat eine Einwilligung in den Versuch ausgesprochen, fortgesetzt Badehilfe zu leisten. Sie hat jenem Angehörigen zu

---

<sup>3390</sup> ebd.: 37.

<sup>3391</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3392</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3393</sup> ebd.: 1.

<sup>3394</sup> EPI 7.2: 23.

<sup>3395</sup> vgl.: EPI 7: 21; EPI 7.2: 23, 24.

verstehen gegeben, dass sie sich mit Blick auf die Badehilfe an das **Selbstbestimmungsrecht der Seniorin** gebunden weiß.

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat im Verlaufe der Zeit versucht, fortgesetzt Badehilfe zu leisten. Anzunehmen ist ferner: Sie ist bei dem Versuch, fortgesetzt Badehilfe zu leisten, darauf bedacht gewesen, dem Selbstbestimmungsrecht der Seniorin Rechnung zu tragen. Sie hat keine Gefahr für Leib und Leben der Seniorin wahrgenommen und keine Veranlassung gesehen, als Pflegekraft deren Selbstbestimmungsrecht in Sachen Badehilfe zu verletzen.
- Nach Aussage der Krankenschwester ist anfänglich ein reduziertes, nicht aus Badeeinsätzen im wöchentlichen Rhythmus, sondern aus Badeeinsätzen im zweiwöchentlichen Rhythmus bestehendes Badeprogramm fortgesetzt worden. Nach Ansicht der Krankenschwester hat die Fortsetzung jenes reduzierten Badeprogramms dem Willen der Seniorin entsprochen. Die Krankenschwester erklärt: „Ich muß [sic.] es respektieren“, wenn sie nicht die Fortsetzung des ungekürzten Badeprogramms, sondern die Fortsetzung eines gekürzten Badeprogramms wünscht<sup>3396</sup>.
- Nach Angaben der Krankenschwester ist jenes reduzierte Badeprogramm eines Tages beendet worden. Nach Ansicht der Krankenschwester hat die Beendigung des reduzierten Badeprogramms ebenfalls dem Willen der Seniorin entsprochen. Die Krankenschwester erklärt erstens: Die Senioren habe das reduzierte Badeprogramm nicht länger fortsetzen wollen<sup>3397 3398</sup>. Die Krankenschwester erklärt zweitens: „Sie ist noch mündig und sie kann noch selber entscheiden, ob sie baden will oder nicht“<sup>3399</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Der Sohn hat seine Mutter gebeten, der Krankenschwester seinen Willen zur Beendigung des Badeprogramms mitzuteilen und der Krankenschwester seinen Willen zur Beendigung des Badeprogramms mit Hinweis auf die Kosten der Badehilfe zu

---

<sup>3396</sup> EPI 7: 21.

<sup>3397</sup> vgl.: EPI 7.2: 23f.

<sup>3398</sup> vgl.: ebd.: 23f.

<sup>3399</sup> ebd.: 24.

begründen<sup>3400</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist ferner zu entnehmen: Die Mutter hat jene Bitte ihres Sohnes erfüllt<sup>3401</sup>.

- Die Krankenschwester hat vermutlich angenommen: Auch die Mutter ist willens, das Badeprogramm aus Kostengründen zu beenden<sup>3402</sup>. Vermutlich hat die Krankenschwester an der Einschätzung festgehalten, „sie ist ein Sparteufel“<sup>3403</sup>. Jene Einschätzung basiert vermutlich auf der Erfahrung, dass sie bei Badeeinsätzen immer über die „Wasserkosten“<sup>3404</sup> geklagt hat. Hat auch die Mutter den Willen zur Beendigung des Badeprogramms gehabt, basiert die Beendigung des Badeprogramms nicht auf einem Akt der Fremdbestimmung, sondern auf einem Akt der Selbstbestimmung.
- Nach Ansicht der Krankenschwester ist der Versuch, fortgesetzt formelle Badehilfe zu leisten, mit der Beendigung des Badeprogramms am Willen der Seniorin und am Willen des außerhalb des Ortes lebenden Sohnes gescheitert<sup>3405</sup>. Die Krankenschwester berichtet nicht, die am Ort lebenden Angehörigen gebeten zu haben, jene beiden Familienmitglieder umzustimmen und zu beeinflussen, in eine Fortsetzung der formellen Badehilfe einzuwilligen.

Wie stellt sich der Prozess der Gewährung der formellen Badehilfe, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Das eigene Bemühen um die **Fortsetzung des Badeprogramms** dokumentierend, schildert die Krankenschwester: Nachdem sie den Eindruck gewonnen habe, dass nicht die Seniorin selber, sondern deren Familie die Entscheidung getroffen habe, um Badehilfe zu bitten, habe sie sich mit dem Enkel über den der Anfrage zugrundeliegenden Entscheidungsprozess unterhalten<sup>3406</sup>. Im Kontext jenes Gespräches habe sie sich in der Vermutung eines, aus der Perspektive der Seniorin betrachtet, fremdbestimmten Entscheidungsprozesses bestätigt gesehen. Sie habe dem Enkel zu verstehen gegeben: Wenn eine ältere Person mündig sei und sich nicht helfen lassen wolle, dann entstehe für den Helfer ein Problem<sup>3407</sup>. Man könne das Selbstbestimmungsrecht einer mündigen

---

<sup>3400</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>3401</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>3402</sup> vgl.: ebd.: 23f.

<sup>3403</sup> ebd.: 12.

<sup>3404</sup> ebd.: 12.

<sup>3405</sup> vgl.: ebd.: 23f.

<sup>3406</sup> vgl.: EPI 7: 19.

<sup>3407</sup> vgl.: ebd.: 20.

Person „nicht so einfach“<sup>3408</sup> verletzen, sondern sei gefordert, es im Prozess der Güterabwägung zu berücksichtigen. Der Enkel habe sie gebeten, sie möge versuchen, das Badeprogramm aufrechtzuerhalten. Sie habe zugesichert, sie versuche, fortgesetzt Badehilfe zu leisten<sup>3409</sup>.

Das eigene Bemühen um die Fortsetzung des Badeprogramms dokumentierend, schildert die Krankenschwester ferner: Sie habe der Seniorin angekündigt, dass der Zivildienstleistende für die Dauer ihrer Urlaubszeit gefordert sein werde, alleine Badehilfe zu leisten. Die Seniorin habe ihr mitgeteilt, dass sie auf das Baden verzichten kann, sollte der Zivildienstleistende als Arbeitskraft eingesetzt werden, um die Badeeinsätze alleine durchzuführen. Sie habe die Seniorin gebeten, ihr jene Haltung zu erklären, habe aber „keine Antwort“<sup>3410</sup> erhalten, die sie als plausibel betrachtet habe. Sie habe vergeblich versucht, die Seniorin unter Bezugnahme auf einen ihr bekannten Fall aus dem Bestand der Fälle umzustimmen. Sie habe angekündigt, dass die Seniorin übergangsweise auf das Baden werde verzichten müssen, wenn sie ihre Weigerungshaltung aufrechterhalte, anstatt in den Einsatz des Zivildienstleistenden einzuwilligen. Die Krankenschwester erklärt: Sie plane, die Fortsetzung der formellen Badehilfe nicht am Einsatz von Personalpersonen scheitern zu lassen. Sie plane, die Krankenpflegehelferin ersatzweise Badehilfe leisten zu lassen. Wenn die Seniorin den Zivildienstleistenden nicht als alleinige Hilfskraft bei Badeeinsätzen akzeptiere, dann werde die Krankenpflegehelferin vorübergehend als alleinige Hilfskraft bei Badeeinsätzen fungieren. „Das ist egal“<sup>3411</sup>. Jener Plan hat sich möglicherweise angesichts des Laufs der Dinge, d.h. angesichts der Beendigung des formellen Badeprogramms, nicht realisieren lassen.

Nach eigenen Angaben ist die Krankenschwester zunächst der Annahme gewesen, dass die Seniorin den Wunsch nach **Fortsetzung des reduzierten Badeprogramms** hat. Die Krankenschwester schildert: Die Seniorin habe über die Wasserrechnung geklagt und habe gefragt, ob ein Badeprogramm eingerichtet werden könnte, bei dem nur alle vierzehn Tage Badehilfe geleistet werde. Die Seniorin habe auf Nachfrage erklärt, „sie bräuchte nicht so oft gebadet zu werden“<sup>3412</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe sich des Wunsches der Seniorin versichert, nur alle vierzehn Tage zu baden. Anschließend habe sie in die Kürzung eingewilligt und habe betont, jene Kürzung erfolge im beiderseitigen Einverständnis. Die Seniorin hat nach Aussage der Krankenschwester ferner erklärt: „Sie bräuchte auch nicht mehr in die Badewanne, sie würde sowieso nicht

---

<sup>3408</sup> ebd.: 20.

<sup>3409</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>3410</sup> ebd.: 38.

<sup>3411</sup> ebd.: 39.

<sup>3412</sup> ebd.: 23.

mehr lange leben"<sup>3413</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Am Ende jedes Einsatzes sei die Frage zu klären gewesen, ob der Plan, einen neuerlichen Badeeinsatz durchzuführen, dem Willen der Seniorin entspreche<sup>3414</sup>. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Seniorin, auf ihr vermeintlich baldiges Ableben verweisend, die Bereitschaft erklärt, das Badeprogramm zu beenden<sup>3415</sup>, ohne gleichzeitig die Bereitschaft aufzukündigen, das reduzierte Badeprogramm fortzusetzen<sup>3416</sup>.

Nach eigenen Angaben ist die Krankenschwester eines Tages zu der Annahme gelangt, dass der Seniorin der Wunsch nach **Beendigung des reduzierten Badeprogramms** zu unterstellen ist. Die Krankenschwester erzählt: Die Seniorin habe ihr erklärt, sie „bräuchte nicht mehr zu kommen“<sup>3417</sup>, Badehilfe zu leisten. Die Seniorin habe erläuternd hinzugefügt: Der Sohn wünsche die Einstellung der Badehilfe, weil sie die Kosten für die Badehilfe „aus eigener Tasche tragen müssten [sic.]“<sup>3418</sup>. Die Seniorin hat nach Darstellung der Krankenschwester nicht den gegenteiligen Wunsch erkennen lassen. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe in die Beendigung des Badeprogramms eingewilligt. Sie habe „gesagt: Ist gut“<sup>3419</sup>. Sie habe betont: Sie habe auch den erklärten Willen der Seniorin akzeptiert, Badehilfe in vierzehntägigem Rhythmus zu erhalten. Und wenn die Badehilfe in vierzehntägigem Rhythmus zu kostspielig sei, dann werde die Badehilfe beendet werden müssen. Die Beendigung des Badeprogramms hat nach Aussage der Krankenschwester „ein kleines Nachspiel“<sup>3420</sup> gehabt. Die Krankenschwester erklärt: Jener Einzelfall sei nicht der einzige Fall gewesen, der aus dem Bestand der Fälle ausgeschieden sei, nachdem jene finanzielle Selbstbeteiligung an den Pflegekosten eingeführt worden sei<sup>3421</sup>. „Der Chef wollte“<sup>3422</sup> das Ausscheiden jedes einzelnen Falles erklärt wissen. Nach einer Erklärung für das Ausscheiden jenes Einzelfalles suchend, habe er mit dem Sohn Kontakt aufgenommen, um Nachforschungen anzustellen. Die Krankenschwester erklärt ferner: Sie wusste nicht, dass „die sich privat sehr gut kennen“<sup>3423</sup>. Die Krankenschwester erzählt: „Dann haben die den Spieß herumgedreht“<sup>3424</sup> und den Eindruck vermittelt, als hätten die Pflegekräfte das Badeprogramm nicht mehr fortsetzen wollen. Daraufhin sei ihr „die Hutschnur

---

<sup>3413</sup> ebd.: 10.

<sup>3414</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3415</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3416</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>3417</sup> EPI 7.2: 23.

<sup>3418</sup> ebd.: 23.

<sup>3419</sup> ebd.: 23.

<sup>3420</sup> ebd.: 24.

<sup>3421</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>3422</sup> ebd.: 24.

<sup>3423</sup> ebd.: 24.

<sup>3424</sup> ebd.: 24.

hochgegangen<sup>3425</sup>. Sie habe den Chef aufgefordert, dem Sohn zu erklären: Wenn sie gebeten werde, die Einsätze einzustellen, dann sei für sie "die Sache erledigt" und sie stelle die Einsätze ein<sup>3426</sup>.

Die Krankenschwester erklärt: Der Badeeinsatz sei immer die beste Gelegenheit gewesen, um der Seniorin jenen „Stupser“<sup>3427</sup> zu versetzen, den sie braucht, um das „Hauskleid zu wechseln, dass sie die ganze Woche“<sup>3428</sup> trage. Die Krankenschwester berichtet: Den Badeeinsatz vorbereitend, habe die Schwiegertochter ihr die Wäsche zurechtgelegt. Ihr die Wäsche zurechtlegend, habe die Schwiegertochter „ganz demonstrativ ein neues Hauskleid“<sup>3429</sup> aufgehangen. Die Krankenschwester berichtet ferner: Den Badeeinsatz durchführend, habe sie beim Anblick des ausgewählten Hauskleides gewusst, dass die Schwiegertochter sie bitte, das benutzte Hauskleid umgehend „in die Wäschekiste“<sup>3430</sup> zu entsorgen, dass die Schwiegermutter „gar nicht mehr auf die Idee kommt“<sup>3431</sup>, sie könnte es fortgesetzt tragen. Im Rahmen der Badeeinsätze **Hilfe beim Ankleiden** leistend, habe sie der Schwiegertochter geholfen, den Wechsel des Hauskleides herbeizuführen

- Der Krankenschwester ist vermutlich bewusst gewesen: Die Seniorin verspürt weder den Wunsch, das Hauskleid nach einwöchiger Tragezeit zu wechseln<sup>3432</sup>, noch macht die Seniorin trotz der Angewohnheit, das Hauskleid die ganze Woche zu tragen, einen ungepflegten Eindruck, noch besteht Gefahr für Leib und Leben der Seniorin.<sup>3433</sup>
- Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Sie hat, Hilfe beim Ankleiden leistend, regelmäßig und gemeinsam mit der Schwiegertochter das **Selbstbestimmungsrecht** der Seniorin verletzt, ohne dass Gefahr für Leib und Leben der Seniorin bestanden hat<sup>3434</sup>. Krankenschwester und Schwiegertochter haben sich einer Überrumpelungsstrategie bedient<sup>3435</sup>.
- Krankenschwester und Schwiegertochter haben vermutlich befürchtet: Wenn sie der Seniorin die Entscheidung über die Kleiderordnung überlassen, dann

---

<sup>3425</sup> ebd.: 24.

<sup>3426</sup> ebd.: 24.

<sup>3427</sup> EPI 7: 37.

<sup>3428</sup> ebd.: 20.

<sup>3429</sup> ebd.: 37.

<sup>3430</sup> ebd.: 37.

<sup>3431</sup> ebd.: 37.

<sup>3432</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>3433</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>3434</sup> vgl.: ebd.: 20, 37.

<sup>3435</sup> vgl.: ebd.: 37.

entscheidet die Seniorin sich gegen einen Wechsel des Hauskleides. Zu vermuten ist: Jene Befürchtung hegend, haben sie eine Überrumpelungsstrategie angewendet, um möglichst einen Wechsel des Hauskleides herbeizuführen<sup>3436</sup>.

- Die Ausführungen der Krankenschwester lassen ferner vermuten: Sie hat die Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes, die sie im Prozess der Gewährung von Hilfe beim Ankleiden begangen hat, im Vergleich zu der Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes, die Familienmitglieder im Prozess der Organisation der formellen Badehilfe begangen haben, als Nichtigkeit betrachtet<sup>3437</sup>.

Die Krankenschwester vertritt die Ansicht: Sie hat einen Beitrag zur **Entlastung der Schwiegertochter** geleistet. Aus Sicht der Krankenschwester hat das eigene Engagement der Schwiegertochter die Möglichkeit eröffnet, ein Gefühl von Entlastung zu verspüren und Belastungen zu vermeiden, die ihr gedroht hätten, wenn sie gefordert gewesen wäre, Badehilfe zu leisten<sup>3438</sup>. Die Krankenschwester ist vermutlich auch der Ansicht: Die Angehörigen haben zur **Entlastung der Pflegekraft** beigetragen. Aus Sicht der Krankenschwester hat sich eine Mehrbelastung der eigenen Person, messbar an der Investition von Arbeitszeit, durch das Engagement des Enkels, der die Vorbereitung der Badehilfe übernommen hat, vermeiden lassen.

#### 7.2.2.5.2. Die Beratung

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat keinen gesonderten Beratungseinsatz geleistet, sondern ist im Rahmen eines Badeeinsatzes beratend tätig geworden. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe sich veranlasst gesehen, während eines Badeeinsatzes Beratung zu leisten. Mit der Patientin kommunizierend, habe sie Beratungsbedarf festgestellt. Den festgestellten Beratungsbedarf bearbeitend, habe sie die Patientin beraten. Die Krankenschwester berichtet ferner: Die Patientin habe sich nicht beraten lassen<sup>3439</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Jene erfolglos verlaufene Beratung habe sie als belastend empfunden<sup>3440</sup>. Wie lässt sich jenes Belastungsgefühl erklären? Die Krankenschwester hat möglicherweise befürchtet: Das körperliche Wohlergehen der Patientin ist in einem Maße beeinträchtigt, dass eine Gefahr für Leib

---

<sup>3436</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>3437</sup> vgl.: ebd.: 21, 37.

<sup>3438</sup> vgl.: 33, 37.

<sup>3439</sup> vgl.: ebd.: 26f.

<sup>3440</sup> vgl.: ebd.: 26.



und Leben der Patientin nicht ausgeschlossen werden kann, wenn nicht versucht wird, das körperliche Wohlergehen der Patientin zu verbessern. Im Falle der in ihrer Sehfähigkeit beeinträchtigten und über Kreislaufbeschwerden klagenden Patientin besteht Sturzgefahr. Knochenbrüche stellen eine mögliche Sturzfolge dar. Die Krankenschwester hat möglicherweise auch befürchtet: Wenn sie nicht versucht hat, Hilfe zu leisten, um das körperliche Wohlergehen der Patientin zu verbessern, und eine Schädigung der Patientin eintritt, dann setzt sie sich dem Vorwurf unterlassener Hilfeleistung aus. Die Krankenschwester rekonstruiert einen sie belastenden Beratungsprozess. Wie lässt sich jener Beratungsprozess, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage erlebt, dass die Seniorin über Kreislaufbeschwerden geklagt hat. Die Krankenschwester hat vermutlich angenommen, dass sich die Klage über Kreislaufbeschwerden als **Bitte um persönliche Hilfestellung** deuten lässt. Wenn die Seniorin über Kreislaufbeschwerden klagt, dann startet sie nach Auffassung der Krankenschwester „praktisch einen Hilferuf: Was soll ich jetzt machen?“<sup>3441</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** anerkannt: Sie hat sich nach eigener Aussage gefordert gesehen, beratend tätig zu werden<sup>3442</sup>.
- Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester eine **körperliche Problematik** auf Seiten der Patientin wahrgenommen und hat nach einer Erklärung für jene Kreislaufbeschwerden gesucht. Die Krankenschwester hat nach eigener Darstellung erfahren: Die Patientin hat an einer Kreislaufferkrankung gelitten, die medikamentös durch Kreislauftropfen zu behandeln gewesen ist. Die medikamentöse Behandlung ist jedoch seit Tagen unterbrochen gewesen. Die Unterbrechung der medikamentösen Behandlung ist nicht auf ärztliche Anweisung erfolgt. Der Unterbrechung der medikamentösen Behandlung hat vielmehr das Problem fehlender Medikamente zugrunde gelegen: „Die Kreislauftropfen sind zu Ende gewesen. Es ist versäumt worden, erneut Kreislauftropfen verschreiben zu lassen“<sup>3443</sup>.

---

<sup>3441</sup> ebd.: 27.

<sup>3442</sup> vgl.: ebd.: 26f.

<sup>3443</sup> ebd.: 26.

- Den Ausführungen der Krankenschwester lässt sich entnehmen: Sie ist während des Badeeinsatzes zu einer **Problemdeutung** gelangt und hat während des Badeeinsatzes auf eine **Problembearbeitung** gedrungen. Sie hat angenommen: Die körperliche Problematik ist Folge jener seit Tagen anhaltenden Unterbrechung der medikamentösen Behandlung, die wiederum Folge jenes Problems fehlender Medikamente ist. Sie hat ferner angenommen: Es ist angezeigt, die körperliche Problematik unverzüglich zu beheben. Folglich ist es geboten, das Problem fehlender Medikamente unverzüglich zu lösen. Sie ist nach eigener Aussage umgehend beratend tätig geworden<sup>3444</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat der Patientin zur unverzüglichen Lösung des Problems fehlender Medikamente geraten. Sie hat die zwecks Problemlösung indizierten Arbeiten spezifiziert und als Arbeiten definiert, die sich entweder durch die Patientin oder durch die Pflegekraft erledigen lassen. Sie hat wiederholt die Bereitschaft erklärt, das Problem stellvertretend für die Patientin zu lösen. Sie hat nicht nur angeboten, den behandelnden Hausarzt zu kontaktieren, sondern hat auch angeboten, mit dem diensthabenden Vertretungsarzt Kontakt aufzunehmen, nachdem die Patientin erklärt hat, dass der behandelnde Hausarzt im Urlaub ist<sup>3445</sup>.
- Die Krankenschwester verdeutlicht, zu Beginn der Beratung unterstellt zu haben, dass es „kein Problem“<sup>3446</sup> ist, das Problem fehlender Medikamente zu lösen, sich im Verlauf der Beratung aber gefordert gesehen zu haben, jene Annahme zu verwerfen<sup>3447</sup>. Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat vergeblich versucht, sich mit der Patientin zu verständigen, das Problem unverzüglich zu lösen. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Patientin den Willen erklärt, den behandelnden Hausarzt an der Problemlösung zu beteiligen, die Problemlösung zu vertagen und die begonnene Unterbrechung der medikamentösen Behandlung einstweilen fortzusetzen. Nach Aussage der Krankenschwester ist die Patientin nicht gewillt gewesen, den diensthabenden Vertreter an der Problemlösung zu beteiligen<sup>3448</sup>.

---

<sup>3444</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3445</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3446</sup> ebd.: 26.

<sup>3447</sup> vgl.: ebd.: 26f.

<sup>3448</sup> vgl.: ebd.: 26.

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat sich gefordert gesehen, sich um Sicherstellung der medikamentösen Behandlung zu bemühen. Sie hat sich ferner gefordert gesehen, bei jenem Bemühen um Sicherstellung der medikamentösen Behandlung ein Verfahrensproblem zu lösen und zwischen Verfahrensalternativen zu wählen. Soll sie das **Selbstbestimmungsrecht der Patientin** wahren oder verletzen? Wenn sie wählt, das Selbstbestimmungsrecht der Patientin zu wahren, dann bleibt das Problem fehlender Medikamente vorläufig ungelöst. Wenn sie wählt, das Selbstbestimmungsrecht der Patientin zu verletzen, dann lässt sich das Problem fehlender Medikamente unverzüglich lösen. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat das Selbstbestimmungsrecht der Patientin **nicht** verletzt. Sie berichtet nicht, ohne Einwilligung der Patientin eine formelle Beschaffungsaktion durchgeführt zu haben<sup>3449</sup>.
- Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage eine sich nach Beendigung der Beratung bietende Gelegenheit genutzt, die Schwiegertochter zu verständigen, dass der Versuch, sich mit der Patientin auf eine unverzügliche Problemlösung zu verständigen, gescheitert ist. Sie ist in jenem Gespräch vermutlich bestrebt gewesen, sich zu entlasten. Sie hat vermutlich verdeutlicht, dass sie ihre Pflicht erfüllt hat, dass sie den Angehörigen keine Veranlassung bietet, den Vorwurf der Pflichtverletzung zu erheben, dass sie den Angehörigen die Verantwortung für die Problemlösung überträgt und von ihnen eine Entscheidung für oder wider die Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin verlangt. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Angehörige das Selbstbestimmungsrecht der Patientin **verletzt**, indem sie ohne Einwilligung der Patientin eine informelle Beschaffungsaktion durchgeführt hat<sup>3450</sup>.
- Ist die Krankenschwester mit jener Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin einverstanden (gewesen)? Die Angehörige hat das Selbstbestimmungsrecht der Patientin in jener Situation vermutlich mit stillschweigendem Einverständnis der Krankenschwester verletzt. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Angehörige die Patientin bei dem Versuch belogen, die „im Schrank deponierten Kreislauftropfen“<sup>3451</sup> zu erklären. Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: „Das muß [sic.] dann auf so eine

---

<sup>3449</sup> vgl.: ebd.: 26f.

<sup>3450</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>3451</sup> ebd.: 27.

Art<sup>3452</sup>. Wenn die Patientin gewusst hätte, dass der Arzt, den sie nicht beteiligen will, die Verordnung ausgestellt hat, „dann wäre aber etwas losgewesen“<sup>3453</sup>. Die Krankenschwester wäre möglicherweise bereit gewesen, auf Bitten der Angehörigen eine formelle Beschaffungsaktion durchzuführen und das Selbstbestimmungsrecht der Patientin zu verletzen, wenn die Patientin nicht Zeugin jener Bitte geworden wäre und jener Bitte nicht widersprochen hätte.

- Die Krankenschwester verdeutlicht, nach einer Erklärung für die Weigerung der Patientin gesucht zu haben, das Problem fehlender Medikamente unverzüglich zu lösen. Die Krankenschwester unterlässt es, sich zwischen zwei Erklärungsmöglichkeiten, der Eigensinnigkeit der Patientin und dem Lebensüberdruß der Patientin, zu entscheiden. Nach Darstellung der Krankenschwester lässt sich nicht ausschließen, dass jene Weigerungshaltung der Patientin mit einer **seelischen Problematik** assoziiert gewesen ist. Denkbar ist: Im Verlauf des Beratungsprozesses nach einer Erklärung für die Weigerung der Patientin suchend, ist sie zu der Annahme gelangt, dass die Weigerungshaltung der Patientin durch deren Eigensinnigkeit zu erklären ist. Die Suche nach einer Erklärung nach Beendigung des Beratungsprozesses fortsetzend, ist sie zu der Annahme gelangt, dass sich die Weigerungshaltung der Patientin auch durch deren Lebensüberdruß erklären lässt<sup>3454</sup>.

Wie stellt sich jener Beratungsprozess, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die **Kommunikation mit der Patientin** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Patientin habe sie im Kontext eines am Dienstag stattfindenden Badeeinsatzes informiert, dass die „Kreislauftropfen seit Samstag zu Ende“<sup>3455</sup> seien. Ferner habe die Patientin erklärt: „Ich fühle mich nicht wohl. Mir geht es nicht so gut morgens fröhs. Mich schwindet es immer so“<sup>3456</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe der Patientin von einer fortgesetzten Unterbrechung der medikamentösen Behandlung abgeraten. Sie habe ihr zu einer unverzüglichen Wiederaufnahme der medikamentösen Behandlung geraten. Sie habe erklärt: Es stelle kein Problem dar, die Kreislauftropfen unverzüglich zu beschaffen. Sie habe der Patientin verdeutlicht, zwecks Beschaffung der Kreislauftropfen die Möglichkeit zu haben, sich selber zu helfen oder sich helfen zu lassen. Sie habe der Patientin

---

<sup>3452</sup> ebd.: 27.

<sup>3453</sup> ebd.: 27.

<sup>3454</sup> vgl.: ebd.: 27f.

<sup>3455</sup> ebd.: 26.

<sup>3456</sup> ebd.: 26.

mehrfach das Angebot gemacht, die Kreislauftropfen stellvertretend für sie zu beschaffen, ohne Zeit zu verlieren<sup>3457</sup>. Die Patientin habe Widerspruch erhoben: „Nein, möchte ich nicht“<sup>3458</sup>. Die Patientin habe erklärt: Der behandelnde Hausarzt habe Urlaub. Sie könne warten, bis der behandelnde Hausarzt wieder dienstbereit sei. Sie wolle dessen Vertreter nicht in Anspruch nehmen und nehme „jetzt ersteinmal [sic.] keine Kreislauftropfen“<sup>3459</sup>. Die Patientin habe „aber im gleichen Atemzug“<sup>3460</sup> über Schwindelgefühle geklagt. Die Krankenschwester schildert: Sie habe der Patientin zu verstehen gegeben, dass sie deren Widerstand als Ausdruck von Eigensinnigkeit auslege. „Sie sind stur“<sup>3461</sup>. Sie habe der Patientin ferner zu verstehen gegeben, dass sie selber ihre Pflicht erfüllt und ihre Handlungsspielräume ausgeschöpft habe, dass jeder Vorwurf unterlassener Hilfeleistung unhaltbar sei, dass sie das Selbstbestimmungsrecht der Patientin nicht verletzen kann und dass sie gegen deren Willen machtlos sei: „Mehr als anbieten kann ich nicht“<sup>3462</sup>. Die **Kommunikation mit der Angehörigen** rekonstruierend, schildert die Krankenschwester: Sie habe die Schwiegertochter informiert, als sie sich vor der Haustür begegnet seien. Die Schwiegertochter habe sie gebeten, das Medikament gegen den Willen der Patientin zu beschaffen. Die Patientin habe jene Bitte gehört und Widerspruch eingelegt: „Nein, das will ich nicht“<sup>3463</sup>. Die Krankenschwester schildert ferner, dass sie sich, den wiederholten Widerstand der Patientin erlebend, gedacht habe: „Jetzt können Sie mich einmal“<sup>3464</sup>. Sie „habe gesagt: Nein, jetzt ist Schluß [sic.]“<sup>3465</sup>. Die Schwiegertochter habe ihr anschließend mitgeteilt, dass sie sich selber kümmern werde. Die Schwiegertochter habe jenen Arzt verständigt, den die Schwiegermutter nicht habe verständigt wissen wollen, habe das zur Neige gegangene Medikament besorgt und habe der Schwiegermutter erklärt: „Mutter, Du hattest doch noch ein Päckchen im Schrank“<sup>3466</sup>.

Die Krankenschwester berichtet zwar, zur medikamentösen Behandlung der auf Seiten der Patientin wahrgenommenen körperlichen Erkrankung geraten zu haben. Sie berichtet aber nicht, zur psychologischen Behandlung eines seelischen Zustands geraten zu haben, den sie als krankhaft verändert erlebt hat<sup>3467</sup>. Zu vermuten ist: Sie hat weder die wahrgenommene seelische Problematik, noch die wahrgenommenen familiären Konflikte zum Anlass genommen, den Mitgliedern des familialen Netzwerkes

---

<sup>3457</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3458</sup> ebd.: 27.

<sup>3459</sup> ebd.: 27.

<sup>3460</sup> ebd.: 27.

<sup>3461</sup> ebd.: 27.

<sup>3462</sup> ebd.: 26.

<sup>3463</sup> ebd.: 27.

<sup>3464</sup> ebd.: 27.

<sup>3465</sup> ebd.: 27.

<sup>3466</sup> ebd.: 27.

<sup>3467</sup> vgl.: ebd.: 50.

zu einer psychologischen Behandlung zu raten. Sie hat vermutlich weder zur Einleitung eines psychologischen Behandlungsverfahrens, noch zur Anwendung von Alltagsverfahren geraten.

#### **7.2.2.5.3. Die soziale Betreuung**

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekraft, soziale Betreuung geleistet? Zu vermuten ist: Sowohl die Angehörigen, als auch die Pflegekraft haben der Seniorin Gesellschaft geleistet. Während die Angehörigen Freizeit investiert haben, um der Seniorin Gesellschaft zu leisten<sup>3468</sup>, hat die Pflegekraft Arbeitszeit investiert, um Kontakt herzustellen<sup>3469</sup> und Konversation zu betreiben<sup>3470</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe die Zeit für Konversation auf die für den Badeeinsatz reservierte Arbeitszeit begrenzt<sup>3471</sup>. Die Krankenschwester berichtet ferner: Sie habe nicht nur die Konversationszeit, sondern auch die Konversationsthemen begrenzt. Sie habe Politik als Konversationsthema ausgeklammert. Die Krankenschwester befürchtet, dass politische Meinungsäußerungen den Prozess berufsmäßig betriebener Pflege erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen. Sie erklärt erstens: Jene Befürchtung sei begründet<sup>3472</sup>. Sie erklärt zweitens: Jene Befürchtung hegend, verfare sie im Allgemeinen und im Besonderen vorsichtig. Sie sei darauf bedacht, sich nicht zu politischen Meinungsäußerungen verleiten zu lassen. Die Krankenschwester weiß: Es ist nicht die Aufgabe einer Pflegekraft mit zu pflegenden Personen Konversation über politische Sachverhalte zu betreiben, sondern Pflegearbeit zu leisten. Wenn eine Pflegekraft mit zu pflegenden Personen parallel zur Verrichtung der Pflege Konversation betreibt, dann ist sie gehalten, den Erfordernissen der Pflegearbeit Vorrang einzuräumen<sup>3473</sup>.

#### **7.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt**

Haben beide Parteien, Angehörige und Pflegekraft, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? In jenem Badesfall ist das Badezimmer, das zur Privatwohnung der zu badenden Person gehört, zeitweilig zum Arbeitsplatz der Pflegekraft geworden. Vermutlich haben sowohl Schwiegertochter als auch Pflegekraft Aufräumarbeiten

---

<sup>3468</sup> vgl.: ebd.: 4, 41, 57.

<sup>3469</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>3470</sup> vgl.: ebd.: 57.

<sup>3471</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>3472</sup> vgl.: ebd.: 5f.

<sup>3473</sup> vgl.: ebd.: 6.

erledigt. Zu vermuten ist: Die Schwiegertochter hat in der Zeit zwischen den Badeeinsätzen Aufräumarbeiten versehen, die sich auf die gesamte Privatwohnung erstreckt haben, während die Pflegekraft am Ende jedes Badeeinsatzes ausgewählte Aufräumarbeiten verrichtet hat, die auf einen ausgewählten Bereich jener Privatwohnung, auf das Badezimmer als ihren Arbeitsplatz, beschränkt geblieben sind. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat ausschließlich Aufräumarbeiten übernommen, die in direktem Zusammenhang mit der Badehilfe anfallen und sich wie das Reinigen der Badewanne einerseits durch die Nähe zur Hausarbeit, andererseits durch die Nähe zur Pflegearbeit auszeichnen.

Die Anforderung besprechend, im Einzelfall Badehilfe zu leisten, unterscheidet die Krankenschwester zwischen Vorbereitung und Durchführung der Badehilfe. In der **Vorbereitungsphase** ist nach Aussage der Krankenschwester eine besondere Vorarbeit zu erledigen, die mit einer technischen Besonderheit am Arbeitsplatz verknüpft ist. Jene Vorarbeit besteht nach Auskunft der Krankenschwester darin, das Badewasser durch den Einsatz eines besonderen technischen Hilfsmittels namens Ölofen zu erwärmen<sup>3474</sup>. Wird jene Vorarbeit erledigt, wird eine Hilfestellung erbracht, die sich durch ihre Nähe zur Hausarbeit kennzeichnen lässt. Wird jene Vorbereitungsphase erfolgreich beendet, kann die **Durchführungsphase** beginnen. Die Krankenschwester berichtet: Normalerweise habe ein ausgewähltes Familienmitglied, der Enkelsohn, die Vorarbeit für die Badehilfe erledigt. Jenes in der Aufgabenerledigung erfahrene Familienmitglied sei während seiner Urlaubszeit vorübergehend als Hilfskraft ausgefallen. Ein in der Aufgabenerledigung unerfahrenes Familienmitglied, die Schwiegertochter, habe sich als Vertretung engagieren lassen. Es sei gefordert gewesen, vertretungsweise zwei Badeeinsätze vorzubereiten<sup>3475</sup>. Wie lässt sich jener Versuch, das Problem des Ausfalls informeller Arbeitskraft zu lösen, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Krankenschwester hat den **Anspruch** gehegt, dass die Schwiegertochter übergangsweise Hilfe leistet, wenn das Badeprogramm ohne Unterbrechung fortgesetzt werden soll. Mit der Schwiegertochter interagierend, hat sie die Kommunikation über jenen Anspruch gesucht. Auf welche Weise hat sie versucht, jenen Anspruch in der direkten Kommunikation mit der Schwiegertochter zu verdeutlichen<sup>3476</sup>?

---

<sup>3474</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3475</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3476</sup> vgl.: ebd.: 10.

- Die Krankenschwester hat die Schwiegertochter nach eigener Darstellung aufgeklärt: Wenn die Schwiegertochter es unterlässt, übergangsweise informelle Hilfe zu leisten, dann wird das Badeprogramm unterbrochen werden müssen. Denkbar ist: Die Krankenschwester hat es der Schwiegertochter überlassen, von der Aufklärung über die Folgen unterlassener informeller Hilfeleistung auf den Anspruch zu schließen, dass die Schwiegertochter Hilfe leisten soll, wenn sie das Badeprogramm ohne Unterbrechung fortgesetzt sehen möchte<sup>3477</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester kann entnommen werden: Die Schwiegertochter hat erstens erklärt, dass sie nicht bereit ist, in eine Unterbrechung des Badeprogramms einzuwilligen. Die Schwiegertochter hat zweitens die Bereitschaft erklärt, sich als Aushilfskraft zu betätigen und übergangsweise Hilfe zu leisten. Die Schwiegertochter hat drittens erklärt, dass sie zwar bereit ist, die Vorarbeit für die Badehilfe zu übernehmen, dass sie aber keine Garantie dafür übernehmen kann, dass sie jene Vorarbeit erfolgreich abschließt<sup>3478</sup>.
- Die Schwiegertochter hat es vermutlich unterlassen, sich zwecks Vorbereitung der Badehilfe anleiten zu lassen<sup>3479</sup>. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Schwiegertochter zweimal versucht, die Badehilfe vorzubereiten. Bei beiden Versuchen, die Badehilfe vorzubereiten, ist es nach Aussage der Krankenschwester zu Pannen gekommen. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Schwiegertochter zumindest das **Bemühen** erkennen lassen, den an sie gerichteten Anspruch zu erfüllen, die Badehilfe vorzubereiten<sup>3480</sup>.
- Wie ist die Krankenschwester bei der **Pannenbearbeitung** verfahren? Den Ausführungen der Krankenschwester lässt sich entnehmen: Sie hat sich im Falle der ersten Panne **gegen** die Durchführung der Badehilfe entschieden. Im Falle der zweiten Panne hat sie sich indes **für** die Durchführung der Badehilfe entschieden<sup>3481</sup>, obgleich eine Entscheidung gegen die Durchführung der

---

<sup>3477</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3478</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3479</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>3480</sup> vgl.: ebd.: 10f.

<sup>3481</sup> vgl.: ebd.: 10f.



Badehilfe denkbar gewesen wäre. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage Badehilfe ohne medizinische Indikation geleistet<sup>3482</sup>.

- Die Krankenschwester hat die Badehilfe nach eigener Aussage im Falle der zweiten Panne vertretungsweise vorbereitet: Sie hat das Badewasser nach eigenen Angaben aber **nicht** auf die für jenen Fall **übliche Weise**, durch den Öfen, sondern auf eine für jenen Fall **unübliche Weise**, durch einen Elektrodurchlauferhitzer, erwärmt. Sie hat nach eigener Auskunft die mit der Vorbereitung der Badehilfe verbundene Belastung der eigenen Person in Kauf genommen<sup>3483</sup>.
- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat die Badehilfe vertretungsweise vorbereitet, **ohne** die Bereitschaft erklärt zu haben, im Rahmen der Vorbereitung der Badehilfe Vertretung zu leisten. Die Krankenschwester schließt in der Erzählzeit nicht aus, dass sie sich auf Bitten eines Angehörigen und nach Anleitung durch einen Angehörigen bereit erklärt hätte, das in der Aufgabenerledigung erfahrene, aber für die Aufgabenerledigung vorübergehend nicht zur Verfügung stehende Familienmitglied während dessen Urlaubszeit zu vertreten<sup>3484</sup>.
- Deutlich wird: Der Anspruch, dass ein Familienmitglied die Badehilfe vorbereiten soll, basiert auf diversen Anforderungen. Die Krankenschwester ist gefordert, Badehilfe unter Beachtung einer besonderen technischen Arbeitsbedingung zu leisten. Die Krankenschwester ist ferner gefordert, Badehilfe unter Wahrung der eigenen Arbeitskraft und unter Vermeidung vermeidbarer Belastungen der eigenen Person zu leisten. Deutlich wird auch: Jener Anspruch ist für die Handlungspraxis der Krankenschwester bedingt bindend gewesen<sup>3485</sup>.

Wie stellt sich jener Versuch, das Problem des Ausfalls informeller Arbeitskraft zu lösen, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe die Schwiegertochter **am Vortag eines Badeeinsatzes** daran erinnert, dass die Angehörigen als Vorleistung für den wieder geplanten Badeeinsatz den Badeofen in Betrieb setzen müssen. Die Schwiegertochter

---

<sup>3482</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>3483</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>3484</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>3485</sup> vgl.: ebd.: 10f, 44.

habe erklärt, dass ihr Sohn im Urlaub sei, dass ihr aus der Gesamtheit der Angehörigen kein Helfer zur Verfügung stehe, der sich als Ersatzkraft benutzen ließe, dass sie selber in Ermangelung personeller Alternativen ersatzweise jene Arbeit übernehmen müsse und dass sie die Erledigung jener Arbeit als belastend erlebe. „Jetzt habe ich das am Hals. Ich stinke immer nach Öl“<sup>3486</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe sich gefordert gesehen, eine Entscheidung herbeizuführen. Soll das Badeprogramm während der Urlaubszeit des Sohnes unterbrochen werden oder soll es ohne Unterbrechung fortgesetzt werden? Sie habe der Schwiegertochter erklärt: Wenn die Schwiegertochter sich weigere, jene sie belastende Vorarbeit übergangsweise zu übernehmen, dann werde das Badeprogramm unterbrochen werden müssen. „Dann müssen wir eben warten, bis Ihr Sohn wiederkommt, dann kann ich es auch nicht ändern“<sup>3487</sup>. Die Schwiegertochter habe ihr erklärt: Sie sei gewillt, eine Unterbrechung des Badeprogramms zu vermeiden. „Nein. Ich sehe zu, ob ich den Ölofen nicht in die Gänge bekomme“<sup>3488</sup>. Die Krankenschwester schildert: Die Schwiegertochter sei **in der Folgezeit** gefordert gewesen, zwei Badeeinsätze vorzubereiten. Sie habe die Schwiegertochter rechtzeitig vor Beginn beider Badeeinsätze verständigt. Die Schwiegertochter habe sich zwar beide Male engagiert, aber deren Engagement sei nicht von Erfolg gekrönt gewesen. Es habe beide Male **Pannen bei der Vorarbeit** gegeben: Beim ersten Mal sei es der Schwiegertochter nicht gelungen, den Ölofen in Betrieb zu setzen<sup>3489</sup>. Beim zweiten Mal sei es der Schwiegertochter zwar gelungen, den Ölofen in Betrieb zu nehmen, aber zur Badezeit „war das Feuerchen aus, das Öl war unten reingelaufen, es hat gepestet wie verrückt und das Wasser war nicht warm“<sup>3490</sup>. Zu vermuten ist: Die Schwiegertochter hat die Krankenschwester im Falle der ersten Panne, nicht aber im Falle der zweiten Panne rechtzeitig verständigt<sup>3491</sup>. Die Krankenschwester schildert ferner: Sie sei bei der **Pannenbearbeitung** unterschiedlich verfahren. Beim ersten Mal habe sie den Badeeinsatz vertagt<sup>3492</sup>. Beim zweiten Mal habe sie es unterlassen, den Badeeinsatz erneut zu verschieben: Sie habe die Badehilfe selber vorbereitet. Die Krankenschwester betont: Sie habe einen Elektrodurchlauferhitzer benutzt, um das Badewasser zu erwärmen, und habe Arbeitszeit von sechzig Minuten Dauer in die Vorbereitung der Badehilfe investiert<sup>3493</sup>.

---

<sup>3486</sup> ebd.: 11.

<sup>3487</sup> ebd.: 11.

<sup>3488</sup> ebd.: 11.

<sup>3489</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3490</sup> ebd.: 11.

<sup>3491</sup> vgl.: ebd.: 10f.

<sup>3492</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>3493</sup> vgl.: ebd.: 11.

### 7.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung

Die seitens der Krankenschwester formulierten **Prognosen** über die Fallproblematik datieren aus der Zeit vor der Beendigung der Badehilfe. Sie beziehen sich auf den Zustand ausgewählter Familienmitglieder und auf den Zustand ausgewählter Familienbeziehungen. Die Krankenschwester erklärt: Die Entwicklung des körperlichen und seelischen Zustands der Seniorin sei nicht absehbar<sup>3494</sup>. Sie könne sich allerdings vorstellen, dass die Seniorin im Falle steigenden Pflegebedarfs jedweder sie pflegenden Person bei jedweder Pflegeleistung mitteilen werde: „Ich will Euch nicht mehr zur Last fallen, ich will sterben“<sup>3495</sup>. Die Krankenschwester erklärt ferner: Sie weiß nicht, ob sich das konflikthafte Verhältnis zwischen Schwiegertochter und Schwiegermutter bei steigendem Pflegebedarf als belastbar erweisen wird<sup>3496</sup>. Die Krankenschwester prophezeit eine Überforderung der Schwiegertochter für den Fall einer Zusammenlegung beider Haushalte. Würde die Schwiegertochter mit Mutter und Schwiegermutter „unter einem Dach leben, würde sie durchdrehen“<sup>3497</sup>.

Der seitens der Krankenschwester in der Erzählzeit offenbarte **Plan** zur Bearbeitung der Fallproblematik datiert ebenfalls aus der Zeit vor der Beendigung der Badehilfe. Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit erstens: Wenn die Seniorin einwillige, dann sei sie bereit, das auf Badehilfe zentrierte **formelle Pflegeprogramm fortzusetzen**<sup>3498</sup>. Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit zweitens: Sie sei im Bedarfsfall auch bereit, das auf Badehilfe zentrierte **formelle Pflegeprogramm auszubauen**. Sie fügt in der Erzählzeit hinzu: Wenn die im Falle der Seniorin zu leistende Pflege und Betreuung „aufwendiger wird, dann wird die Schwiegertochter sich ein bißchen [sic.] mehr mit ihr beschäftigen müssen“<sup>3499</sup>, sofern die Pflege und Betreuung in der Häuslichkeit sichergestellt und die Heimpflege vermieden werden soll. Die Krankenschwester sieht im Ernstfall nicht die Gesamtheit der Familienangehörigen, sondern ein spezielles Familienmitglied gefordert, sich verstärkt zu engagieren: die Schwiegertochter. Die Krankenschwester vermeidet es in der Erzählzeit, jene Aufgaben zu spezifizieren, die die Schwiegertochter ihrer Auffassung nach zu übernehmen hätte, sollte die Pflege bei steigendem Pflegebedarf im häuslichen Kontext sichergestellt werden. Sie unterlässt es in der Erzählzeit, die Schwiegertochter als künftige Pflegeperson zu bezeichnen<sup>3500</sup>. Die Krankenschwester berichtet weder, sich mit den Angehörigen über die Zukunft der

---

<sup>3494</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>3495</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>3496</sup> vgl.: ebd.: 45.

<sup>3497</sup> ebd.: 43.

<sup>3498</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>3499</sup> ebd.: 45.

<sup>3500</sup> vgl.: ebd.: 45.

Fallbearbeitung verständigt zu haben, noch berichtet die Krankenschwester, eine Verständigung über die Zukunft der Fallbearbeitung geplant zu haben. Nach Aussage der Krankenschwester ist der Plan, fortgesetzt Badehilfe zu leisten, nicht aufgegangen. Nach Angaben der Krankenschwester ist das auf Badehilfe zentrierte **formelle Pflegeprogramm beendet** worden<sup>3501</sup>. Die Krankenschwester schließt aus, dass die Schwiegertochter künftig Hilfe beim Baden leisten wird. Sie nimmt an, dass deren Schwager in Zukunft die Badehilfe übernehmen wird<sup>3502</sup>.

#### **7.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft**

Prozesse der Fallauswahl und Fallbehandlung rekonstruierend, bespricht die Pflegekraft die Arbeit im Fall einer Seniorin, der sie einen marginalen Bedarf an Pflege unterstellt. Die Seniorin verkörpert aus Sicht der Pflegekraft weder einen Pflegefall, noch einen Sterbefall, weder einen Fall von sozialer Isolation, noch einen Fall von Einsamkeit. Die Pflegekraft fühlt sich im Falle einer Seniorin engagiert, die sie als **Badefall** übernommen hat, die aber freiwillig aus dem formellen Badeprogramm ausgeschieden ist. Die Pflegekraft konstatiert eine **Kumulation von Problemen**: Sie bezeichnet die Seniorin als Person, die „keine körperlichen Gebrechen“<sup>3503</sup> hat. Sie betrachtet die Seniorin als Person, die sich einerseits „ein bißchen [sic.] eigensinnig“<sup>3504</sup> benimmt und andererseits Anzeichen einer seelischen Erkrankung aufweist. Für die Seniorin ist nach Ansicht der Pflegekraft die „Zeit zum Sterben noch nicht“<sup>3505</sup> gekommen. Die Seniorin hat es sich nach Angaben der Pflegekraft aber zur Angewohnheit gemacht, ihren baldigen Tod zu prophezeien, ihren Lebensüberdruß zu bekunden und die Artikulation des Wunsches zu sterben mit der Artikulation des Wunsches zu verbinden, keinen Interaktionspartner zu belasten<sup>3506</sup>. Nach Darstellung der Pflegekraft mangelt es der Seniorin an Gelegenheiten, sich als Mitglied eines familialen Netzwerkes zu erleben, das nicht nur Unterstützung durch Angehörige erhält, sondern umgekehrt auch Unterstützungsleistungen für Angehörige erbringt. Die Pflegekraft begegnet nach eigenen Angaben einer Schwiegertochter, der sie unterstellt, belastet zu sein. Die Schwiegertochter versorgt nach Aussage der Pflegekraft zwei ältere Familienmitglieder: die eigene Mutter und die Schwiegermutter. Nach Darstellung der Pflegekraft hat die

---

<sup>3501</sup> vgl.: EPI 7.2: 23, 24.

<sup>3502</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3503</sup> EPI 7: 45.

<sup>3504</sup> ebd.: 3.

<sup>3505</sup> ebd.: 16.

<sup>3506</sup> vgl.: ebd. 17.

Schwiegertochter im Falle der Schwiegermutter keine informelle Badehilfe geleistet. Die Pflegekraft nimmt an: Die Schwiegertochter ist nicht „das Liebchen“<sup>3507</sup> der Schwiegermutter. Die Pflegekraft verweist auf die Konflikträchtigkeit jener Familienbeziehung.

## 7.4.1. Handlungsbedingungen

### 7.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Nicht nur auf Seiten der Seniorin, sondern auch auf Seiten der Angehörigen lassen sich **Bedürfnisse** ausmachen.<sup>3508</sup> Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung im Falle der Seniorin bemüht, Badehilfe zu leisten. Es besteht Sturzgefahr. Die Pflegekraft unterstellt **der Seniorin** vermutlich ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Die Pflegekraft nimmt nach eigener Darstellung wahr, dass die Seniorin den Wunsch hat, ihre Selbständigkeit im Rahmen der Alltagsbewältigung zu bewahren, und äußert die Vermutung, dass die Seniorin unter dem Gefühl von schwindender Selbständigkeit und wachsender Abhängigkeit leidet<sup>3509</sup>. Wachsende Abhängigkeit von persönlicher Hilfestellung gefährdet möglicherweise die Befriedigung diverser Bedürfnisse: etwa Bedürfnisse nach Sicherheit, nach sozialer Bindung und sozialer Anerkennung. Die Pflegekraft weiß: Die **Schwiegertochter** leistet doppelte Hausarbeit und übernimmt Versorgungsfunktionen nicht nur im Falle der eigenen Mutter, sondern auch im Falle der Schwiegermutter. Möglicherweise unterstellt die Pflegekraft der Schwiegertochter, sowohl das Bedürfnis nach Erholung, als auch das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung für das Engagement in der häuslichen Versorgung zu haben.

Die Pflegekraft stellt **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege fest.<sup>3510</sup> Den auf Seiten der **Seniorin** bestehenden Hilfebedarf prüfend, registriert sie einen geringfügigen Bedarf an Pflege: Sie stellt Bedarf an formeller Pflege fest. Sie definiert den Bedarf an formeller Pflege als Bedarf an formeller Badehilfe. Sie ist der Ansicht: Im Rahmen der formellen Badehilfe lässt sich nicht nur Bedarf an persönlicher Hilfestellung beim Einsteigen in die Badewanne und beim Aussteigen aus der Badewanne, sondern auch Bedarf an persönlicher Hilfestellung

---

<sup>3507</sup> ebd.: 41.

<sup>3508</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1.: Kapitel 7.2.1.2.; 7.2.2.2. und Kapitel 7.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3509</sup> vgl.: EPI 7: 17.

<sup>3510</sup> siehe Kapitel 7.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

beim Waschen des Unterkörpers anerkennen. Sie hält das formelle Badeprogramm mit einem Badeeinsatz im anfänglich wöchentlichen Rhythmus und im nachfolgend zweiwöchentlichen Rhythmus für angezeigt. Der Bedarf an formeller Badehilfe endet mit dem Ausscheiden der Seniorin aus dem formellen Badeprogramm. Die Pflegekraft verdeutlicht, auf Seiten der Seniorin Anzeichen einer psychischen Erkrankung wahrzunehmen. Sie erklärt allerdings nicht, der Ansicht zu sein, dass die Seniorin einer psychologischen Behandlung bedarf. Sie erklärt auch nicht, der Auffassung zu sein: In Anbetracht der Belastung, die mit der Anforderung verbunden ist, ein älteres Familienmitglied zu versorgen, das Anzeichen einer seelischen Erkrankung erkennen lässt, bedarf die Schwiegertochter ihrerseits einer psychologischen Beratung und Behandlung. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft ist sich bewusst, dass die Schwiegertochter einer befristeter Auszeit von Arbeit und Leben im häuslichen Kontext bedarf.

#### 7.4.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft weiß um die Existenz von **Familienbeziehungen**.<sup>3511</sup> Die Seniorin hat zwei Söhne. Der noch lebende Sohn wohnt mit seiner Familie nicht am Ort. Die Familie des verstorbenen Sohnes lebt hingegen am Ort: Im Haus der Seniorin leben die Kinder des verstorbenen Sohnes. Nicht im Haus lebt dessen Witwe. Jene Schwiegertochter wohnt zusammen mit ihrer Mutter in einem Haus am Ort. Zu vermuten ist: In der Beziehung, die zwischen der Seniorin und jener am Ort lebenden Schwiegertochter besteht, fehlt zwar weder die **räumliche Nähe**, noch die **soziale Nähe**, aber die **emotionale Nähe** ist nicht ungetrübt. Die Pflegekraft unterstellt: Der außerhalb des Ortes lebende Sohn und nicht die am Ort lebende Schwiegertochter ist „das Liebchen“<sup>3512</sup> der Seniorin, obgleich die Seniorin im Rahmen der Alltagsbewältigung hauptsächlich durch die am Ort lebende Schwiegertochter und nicht durch den außerhalb des Ortes lebenden Sohn unterstützt wird. Die Pflegekraft unterstellt ferner: Die Seniorin lässt in Interaktionen mit der am Ort lebenden Schwiegertochter ein Dominanzstreben erkennen.<sup>3513</sup>

Das im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrnehmbare **familiale Engagement** ist wahrscheinlich vornehmlich ein Engagement der am Ort lebenden

---

<sup>3511</sup> siehe Kapitel 7.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3512</sup> EPI 7: 41.

<sup>3513</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.2. und Kapitel 7.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Angehörigen: der Schwiegertochter und des Enkelsohnes.<sup>3514</sup> Zu vermuten ist: Jene Angehörigen haben sich zwar weiterhin an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt, haben aber eine Beteiligung an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu vermeiden gesucht.<sup>3515</sup> Sieht die Pflegekraft sich veranlasst, das Vorgehen jener Angehörigen zu beanstanden und auf **Qualitätsmängel** zu verweisen? Sie lässt Kritik daran anklingen, dass die Angehörigen das Selbstbestimmungsrecht der Seniorin im Rahmen der Beteiligung an der Organisation der Badehilfe verletzt haben, nicht daran dass die Schwiegertochter das Selbstbestimmungsrecht der Seniorin auch im Rahmen der Sicherstellung einer regelgemäßen Krankheitsbearbeitung und im Rahmen der Sicherstellung eines regelmäßigen Kleidungswechsels verletzt hat.<sup>3516</sup> Die Pflegekraft ist der Ansicht: Der Schwiegertochter ist in Folge der Anforderung, zwei Haushalte und zwei ältere Familienmitglieder zu versorgen<sup>3517</sup>, ein Maß an **Belastung** zu unterstellen, das phasenweise in Überforderung umschlägt.<sup>3518</sup>

#### 7.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Es besteht zwar die Möglichkeit, dass das Pflegepersonal im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** auch in Fällen mit geringem und geringstem Pflegebedarf übernimmt. Die Möglichkeiten, formelle Pflege zu leisten, sind aber auch in Fällen mit geringem und geringstem Pflegebedarf nicht unbegrenzt. Deutlich wird: Badehilfe zählt zu einer auf den Körper der zu pflegenden Person zentrierten Pflege. Im Rahmen der Badehilfe besteht einerseits die Möglichkeit, Hilfe beim Waschen zu leisten: sei es als Ganzkörperpflege, sei es als Teilkörperpflege. Im Rahmen der Badehilfe besteht andererseits die Möglichkeit, Hilfestellung bei den der Körperpflege vor- und nachgelagerten Akten zu leisten: Hilfe beim Einsteigen in die Badewanne und Hilfe beim Aussteigen aus der Badewanne, Hilfe beim Auskleiden und Hilfe beim Ankleiden. Die Badehilfe lässt sich mit einer körperlichen Untersuchung verbinden. Deutlich wird ferner: Gemessen an der Zahl der **Einsatztage pro Woche** und gemessen an der Zahl der **Einsätze pro Einsatztag** lässt sich der Arbeitsaufwand, der mit der Durchführung eines Badeprogramms verbunden ist, auf ein Minimum beschränken. Das Badeprogramm sieht normalerweise einen Badeeinsatz im

---

<sup>3514</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3515</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3516</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. und Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3517</sup> vgl.: EPI 7: 3.

<sup>3518</sup> siehe Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

wöchentlichen Turnus vor, lässt sich aber auch von einem Badeeinsatz im wöchentlichen Turnus auf einen Badeeinsatz im zweiwöchentlichen Turnus umstellen. Die Einsatztage sind nicht beliebig wählbar: Die Woche besteht aus normalen Einsatztagen, d.h. aus Tagen, an denen Einsätze üblicherweise geleistet werden (Montag bis Freitag), und aus außerordentlichen Einsatztagen, d.h. aus Tagen, an denen Einsätze nur im Notfall durchgeführt werden (Samstag und Sonntag). Beim Badeprogramm besteht aus Sicht der Pflegekraft die Möglichkeit, einen der normalen Einsatztage als Badetag zu wählen. Nicht jeder normale Einsatztage eignet sich aus Sicht der Pflegekraft allerdings als Badetag: Sie präferiert aus der Gesamtheit der normalen Einsatztage einen Einsatztage mit geringem Arbeitsaufkommen als Badetag. Badeeinsätze lassen sich am Badetag nicht zu beliebigen Zeiten absolvieren. Aus Sicht der Pflegekraft lassen sich für Badeeinsätze am Badetag entweder Termine zur Vormittagszeit oder Termine zur Mittagszeit vergeben. Die **Zeit pro Einsatz** lässt sich nicht beliebig erhöhen: weder zur Vormittagszeit, noch zur Mittagszeit. Der zur Durchführung eines Badeeinsatzes entwickelte Zeitplan ist nach Möglichkeit einzuhalten. Die Möglichkeiten, die beeinträchtigte Bewegungsfähigkeit auf Seiten der zu badenden Person zu berücksichtigen, sind zur Mittagszeit, der Phase der beginnenden Ruhe, zwar größer als zur Vormittagszeit, der Phase der Hauptarbeit<sup>3519</sup>, sind aber auch in der Mittagszeit nicht unbegrenzt.<sup>3520</sup>

Begrenzt sind nicht nur die Möglichkeiten des Pflegepersonals, Pflegeleistungen zu versehen, begrenzt sind auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, **pflegenahе Leistungen** zu erbringen. Die Pflegekraft kann in begrenztem Umfang **pflegenahе Beratungsleistungen** übernehmen. Eine Garantie dafür, dass Beratungsaktionen erwünscht sind und erfolgreich verlaufen, hat sie nicht. Im Falle einer unter Kreislaufbeschwerden leidenden Patientin kann sie auf die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung verweisen. Im Falle einer Patientin, die ihrer Ansicht nach Anzeichen einer seelischen Erkrankung aufweist, könnte sie auf Möglichkeiten verweisen, das seelische Wohlbefinden der Patientin zu fördern: Sie könnte familiäre Unterstützungsprozesse anregen. Sie könnte auch zu einer psychologischen Behandlung raten.<sup>3521</sup> Die Pflegekraft kann ferner begrenzt **pflegenahе Betreuungsleistungen** übernehmen. Sie verdeutlicht: Sie hat die Möglichkeit, im Verlauf eines Badeeinsatzes Konversation mit der zu badenden Person zu betreiben<sup>3522</sup>. Sie weiß: Zwecks Sicherstellung der Pflegearbeit ist sie gut beraten, sowohl die

---

<sup>3519</sup> vgl.: EPI 7: 55.

<sup>3520</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1.; Kapitel 7.2.1.2. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3521</sup> siehe Kapitel 7.2.2.2. und Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3522</sup> vgl.: EPI 7: 35.



Konversationszeit, als auch die Konversationsthemen zu beschränken.<sup>3523</sup> Die Pflegekraft kann zudem begrenzt **pflegenahe Hausarbeiten** verrichten. Sie macht deutlich: Es wäre ihr im Einzelfall möglich, ausnahmsweise die Kreislauftropfen zu besorgen<sup>3524</sup>. Es wäre ihr im Einzelfall allerdings unmöglich, dauerhaft die Vorarbeit für die Badehilfe zu übernehmen.<sup>3525</sup>

Begrenzt sind nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die zu pflegende Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, die Angehörigen zu unterstützen. Ein Pflegeeinsatz lässt sich in begrenztem Umfang als Möglichkeit nutzen, die Angehörigen zu entlasten.<sup>3526</sup>

Anzunehmen ist: Soll die Pflege im häuslichen Kontext gewährleistet werden, kann das Pflegepersonal Angehörige eher in einer Phase geringen Pflegebedarfs als in einer Phase hohen Pflegebedarfs von jedweder Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen freistellen. Jene Freistellung lässt sich nicht nur als Beitrag zur Entlastung der Angehörigen, sondern auch als Beitrag zur Entlastung einer konflikträchtigen Familienbeziehung interpretieren.

#### 7.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Mit der Verpflichtung zur **Pflegearbeit** kann nach Angaben der Pflegekraft die Anforderung verbunden sein, Badehilfe zu leisten: eine Pflegeleistungen, die auch Personen ohne Pflegeausbildung erbringen können. Die Pflegekraft weiß: Sie ist nicht verpflichtet, Badehilfe zu leisten, um Badewünsche zu erfüllen. Sie ist vielmehr verpflichtet, Hilfe beim Baden zu leisten, um soweit nötig und möglich Bedarf an formeller Badehilfe zu decken. Die Pflegekraft weiß: Sie hat dem auf Seiten zu pflegender Personen bestehenden Recht auf Selbstbestimmung nach Möglichkeit Rechnung zu tragen.<sup>3527</sup> Deutlich wird: Die Verpflichtung, Pflegearbeit zu verrichten, ist mit der Verpflichtung verwoben, **Koordinationsarbeit** zu leisten. Im Prozess der Fallauswahl und Fallbearbeitung drängen sich Fragen bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen auf, die Pflege und Betreuung im häuslichen Kontext zu sichern. Willigt die Patientin in die Badehilfe ein? Willigt sie im Anschluss an das Baden in den Wechsel des Hauskleides ein? Willigt die unter Kreislaufbeschwerden leidende Patientin in die

---

<sup>3523</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3524</sup> vgl.: EPI 7: 26.

<sup>3525</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2. und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3526</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3527</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.4. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Bearbeitung jener Kreislaufbeschwerden ein? Wie lässt sich nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische Wohlbefinden der Patientin steigern? Bedarf es formeller Badehilfe? Besteht Bedarf an formeller Pflegeberatung? Welche Aufgaben übernehmen die Angehörigen? Welche Aufgaben nimmt die Pflegekraft wahr? Zu welchen Zeiten sind die Aufgaben zu erledigen? Nach Darstellung der Pflegekraft ist auch in der Interaktion mit Angehörigen Koordinationsarbeit zu leisten.<sup>3528</sup> Deutlich wird ferner: Mit der Verpflichtung zur Pflegearbeit ist auch die Verpflichtung zur **Fehlerarbeit** verbunden. Die Pflegekraft ist gefordert, nach Möglichkeit Fehler zu vermeiden, die für die zu pflegende Person folgeschwer sein können. Gefahren für Leib und Leben der Patientin sind abzuwehren: sei es durch die Bemühung um Vermeidung von Badeunfällen, sei es durch die Bemühung um Sicherstellung einer regelgemäßen Medikamentierung.<sup>3529</sup> Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht das **Recht auf Freizeit**, das sich etwa am Ende eines Arbeitstages realisieren lässt. Aus Sicht der Pflegekraft ist der eigene Arbeitstag zweigeteilt. Sie verdeutlicht: Mit der Mittagszeit endet für sie die Zeit, in der sie kontinuierlich arbeitet und es beginnt für sie eine Zeit, in der sie nicht mehr pausenlos Arbeitseinsätze absolviert, sondern allenfalls vereinzelt Arbeitseinsätze tätigt<sup>3530</sup>.

#### 7.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Die Pflegekraft ist sich vermutlich bewusst: Angehörige haben ein **Recht auf Freizeit**. Die Möglichkeiten, es zu verwirklichen, sind aber beschränkt, wenn ältere Familienmitglieder, in der Häuslichkeit lebend, der Pflege und Betreuung bedürfen.<sup>3531</sup> Den Ausführungen der Pflegekraft lässt sich entnehmen: Die Schwiegertochter ist gefordert, zwei ältere Familienmitglieder zu versorgen, die eigene Mutter und die Schwiegermutter. Die Schwiegertochter hat erlebt, dass die Pflegekraft sich an Sicherstellung der häuslichen Pflege der Mutter beteiligt, und hat mit der Pflegekraft Kontakt aufgenommen, um deren Beteiligung auch an der Sicherstellung der häuslichen Pflege der Schwiegermutter zu erbitten. Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Sie hat das Engagement im Falle der Mutter nicht zum Anlass genommen, ungefragt ein Engagement im Falle der Schwiegermutter anzubieten.<sup>3532</sup> Zu vermuten ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll, dann sind Angehörige aus Sicht

<sup>3528</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1.; Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.4.; Kapitel 7.2.2.5.1.; Kapitel 7.2.2.5.2. und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3529</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3530</sup> vgl.: EPI 7: 55.

<sup>3531</sup> siehe Kapitel 7.2.2.2. und Kapitel 7.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3532</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

der Pflegekraft unter Umständen verpflichtet, sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** zu beteiligen. Die Pflegekraft hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen sie unter Umständen zwar um formelle Unterstützung bitten, sollen aber, jene Bitte um formelle Unterstützung formulierend, nach Möglichkeit das Selbstbestimmungsrecht des ihrer Ansicht nach unterstützungsbedürftigen Familienmitgliedes beachten.<sup>3533</sup> Zu unterstellen ist ferner: Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft nicht unter allen Umständen gefordert, sich bereits in Phasen geringen und geringsten Pflegebedarfs an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen, wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll. Angehörige sind nach Auffassung der Pflegekraft vermutlich nicht unbedingt verpflichtet, in Zeiten während eines Badeeinsatzes gemeinsam mit der Pflegekraft Badehilfe zu leisten.<sup>3534</sup> Angehörige sind nach Ansicht der Pflegekraft vermutlich auch nicht unbedingt verpflichtet, alleine oder im Wechsel mit der Pflegekraft Badehilfe zu leisten.<sup>3535</sup> Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie kann sich gefordert sehen, jene Pflegeleistung stellvertretend für Angehörige zu verrichten, obwohl deren Vollzug keine Pflegeausbildung erfordert, da sich deren Erledigung Angehörigen nicht unbedingt abverlangen lässt. Nicht auszuschließen ist, dass die Pflegekraft es eher als Aufgabe eines Angehörigen weiblichen Geschlechts denn als Aufgabe eines Angehörigen männlichen Geschlechts betrachtet, informelle Pflege zu leisten, wenn die Pflege im Pflegefall im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll.<sup>3536</sup>

#### 7.4.1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Niemand ist davor gefeit, versehentlich einen **Fehler** zu begehen: auch die Pflegekraft nicht. Die Pflegekraft weiß um heterogene **Fehlermöglichkeiten**. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Es besteht jederzeit die Möglichkeit, dass sie aus Versehen einen **Deutungsfehler** begeht. Der **Wunsch nach formeller Unterstützung** ist als interpretationsbedürftige Größe anfällig für Deutungsfehler. Wie ist die **Bitte um Badehilfe**, eine Kommunikationsleistung der Angehörigen, zu deuten?<sup>3537</sup> Sie ist manifestester Ausdruck eines Wunsches nach formeller Unterstützung. Aber ist sie auch Ausdruck eines auf Seiten des älteren Familienmitgliedes bestehenden und von Angehörigen stellvertretend artikulierten Wunsches nach formeller Unterstützung? Wie

<sup>3533</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1.; Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.2. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3534</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3535</sup> siehe Kapitel 7.2.2.3. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3536</sup> siehe Kapitel 7.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3537</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

ist die **Klage über Kreislaufbeschwerden**, eine Kommunikationsleistung der Seniorin, zu deuten?<sup>3538</sup> Ist sie latenter Ausdruck eines Wunsches nach formeller Unterstützung? Ist sie Ausdruck eines Bedürfnisses nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext? Als interpretationsbedürftige Größe ist auch der **Bedarf an formeller Unterstützung** anfällig für Deutungsfehler.<sup>3539</sup> Unterschätzung und Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Baden sind jederzeit mögliche Fehleinschätzungen: Die Unterschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Baden kann zu einer Überforderung der älteren Person führen. Im Falle einer Überforderung der älteren Person besteht erhöhte Sturzgefahr. Die Überschätzung des Bedarfs an Hilfe beim Baden kann zu einer Unterforderung der älteren Person führen. Nicht nur Fehleinschätzungen des **Pflegebedarfs**, sondern auch Fehleinschätzungen des **Bedarfs an psychologischer Behandlung** sind jederzeit möglich.

Erklärt die Pflegekraft, **Fehler als Faktum** erlebt zu haben? Die Pflegekraft hat nach eigener Darstellung vor Beginn der Fallbearbeitung irrtümlicherweise Deutungsfehler begangen: Sie hat versehentlich unterstellt, dass die Seniorin den Wunsch nach formeller Badehilfe hat artikulieren lassen, und sie hat den Bedarf an formeller Badehilfe überschätzt.<sup>3540</sup> Die Angehörige hat nach Auffassung der Pflegekraft zu Beginn der Fallbearbeitung einen Kommunikationsfehler begangen: Die Angehörige hat bei dem Versuch, die Patientin im Rahmen des Erstbesuches zu überreden, in die formelle Badehilfe einzuwilligen, eine falsche Angabe über die Bedingungen ambulanter Pflege gemacht.<sup>3541</sup>

#### 7.4.2. Handlungsziele

Zu unterstellen ist das Bemühen der Pflegekraft, nach Möglichkeit einen Beitrag zu leisten, die **Lebensqualität** auf Seiten der Seniorin zu sichern: Der Seniorin soll ermöglicht werden, solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben. Nicht auszuschließen ist, dass die Lebensqualität der Seniorin im häuslichen Kontext aus Sicht der Pflegekraft gefährdet ist. Nach Angaben der Pflegekraft ist deren **seelisches Wohlbefinden** beeinträchtigt.<sup>3542</sup> **V1** Die Pflegekraft verweist auf eine denkbare Möglichkeit, deren seelisches Wohlbefinden im häuslichen Kontext zu fördern: durch ein Engagement der Familie. Die Pflegekraft ist der Auffassung: Der Seniorin Gelegenheiten zu bieten, sich als Mitglied eines familialen Netzwerkes zu erleben, das nicht nur

<sup>3538</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3539</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. und Kapitel 7.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3540</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3541</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3542</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Unterstützung durch Angehörige erhält, sondern umgekehrt auch Unterstützung für Angehörige leistet, könnte deren Gefühle von Nutzlosigkeit mindern und deren seelisches Wohlbefinden steigern. Die Pflegekraft plant vermutlich nicht, jene denkbare Möglichkeit zu wählen. Ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege im Pflegefall gefährdet? Die Pflegekraft unterstellt: Der Schwiegertochter ist mit der Anforderung, zwei ältere Familienmitglieder zu versorgen (Mutter und Schwiegermutter), eine Belastung aufgebürdet, die phasenweise in Überforderung umschlägt. Wäre die Schwiegertochter gefordert, mit beiden älteren Familienmitgliedern „unter einem Dach“<sup>3543</sup> zu leben, wäre sie möglicherweise dauerhaft überfordert.<sup>3544</sup> Die Pflegekraft unterstellt ferner: Die Beziehung zwischen Schwiegermutter und Schwiegertochter ist belastet.<sup>3545</sup> Nicht auszuschließen ist: Im Pflegefall droht die **Vakanz der familialen Pflegerolle**. Wenn die familiäre Pflegerolle im Pflegefall vakant bleibt, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege gefährdet.

- Zu vermuten ist: Aus Sicht der Pflegekraft ist die Gefahr, dass sich im Falle einer konflikträchtigen Familienbeziehung eine Heimpflege nicht vermeiden lässt, in einer Phase **mit** gesteigertem Pflegebedarf größer als in einer Phase **ohne** gesteigerten Pflegebedarf. In einer Phase mit gesteigertem Pflegebedarf schwinden Möglichkeiten, auf informelle Pflege verzichten zu können.
- Zu vermuten ist ferner: Die Pflegekraft hat sich ihr bietende Möglichkeiten, formelle Pflege ohne informelle Pflege zu leisten, in dem Bestreben ausgeschöpft, zu verhindern, dass im Falle informeller Badehilfe ein Familienstreit entsteht, der die familiäre Beziehung und das familiäre Engagement schwächt und zu einer Heimpflege in einer Phase ohne gesteigerten Pflegebedarf führt<sup>3546 3547</sup>.

Auszugehen ist auch von dem Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern.<sup>3548</sup> Sicherheit für Leib und Leben der Seniorin soll soweit wie möglich gewährleistet werden. Stürze beim Baden und Stürze bei Kreislaufbeschwerden sollen möglichst verhindert werden. Der körperliche Zustand der Seniorin soll nach Möglichkeit verbessert werden. Eine Verschlechterung ihres körperlichen Zustands soll möglichst

---

<sup>3543</sup> EPI 7: 43.

<sup>3544</sup> siehe Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3545</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. und Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3546</sup> vgl.: EPI 7: 7.

<sup>3547</sup> siehe Kapitel 7.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3548</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2.; 7.2.2.3.; Kapitel 7.2.2.4. und Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

vermieden werden. Von dem Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern, ist gleichfalls auszugehen. Die Arbeit in Badefällen eröffnet der Pflegekraft eine besondere Möglichkeit, die eigene Arbeitskraft zu wahren. Sie lässt sich beispielsweise nutzen, die mit der Arbeit in Sterbefällen verbundene Belastung zu relativieren.<sup>3549</sup> Die Pflegekraft bleibt gleichwohl vermutlich auch im Falle eines Badefalles darauf bedacht, eine Vergeudung der eigenen Arbeitskraft nach Möglichkeit zu vermeiden.<sup>3550</sup>

### 7.4.3. Handlungsstrategien

#### 7.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat, das formelle Pflegeprogramm einrichtend, den eigenen Arbeitsaufwand **begrenzt**.<sup>3551</sup> Sie hat sowohl die Arbeitszeiten als auch die Arbeitsleistungen beschränkt. Durch Umstellung von Badeeinsätzen im wöchentlichen Turnus auf Badeeinsätze im zweiwöchentlichen Turnus sowie durch Umstellung von Badeeinsätzen zur Vormittagszeit auf Badeeinsätze zur Mittagszeit hat sie Arbeitszeit einsparen können. Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen (Hilfe beim Waschen, Hilfe beim Ein- und Aussteigen aus der Badewanne, Hilfe beim Ankleiden) im Rahmen eines Badeeinsatzes mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: mit pflegenahen Beratungsleistungen, mit pflegenahen Betreuungsleistungen (Konversation mit der Seniorin) und mit pflegenahen Hausarbeiten (Aufräumen des Arbeitsplatzes).<sup>3552</sup> Sie hat auch die **Personalmenge** pro Einsatz beschränkt: Sie hat ein Belegschaftsmitglied pro Badeeinsatz eingeplant.

Zu unterstellen ist ferner: Die Pflegekraft hat sich bemüht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals **auf ein** aus ihrer Sicht **rechtes Maß** zu begrenzen.<sup>3553</sup> Sie hat **Bedarfsprüfungen** durchgeführt. Sie hat ihre Aufmerksamkeit im Prozess der Bedarfsprüfung auf den Auftrag konzentriert, bedingt Pflegearbeit zu leisten. Besteht die Notwendigkeit und Möglichkeit, formelle Pflege zu leisten? Sie ist zu Beginn der Fallbearbeitung vermutlich der Auffassung gewesen: Es ist nötig und möglich Badehilfe zu leisten. Es ist möglich, aber unter den gegebenen Umständen unnötig, Hilfe beim

---

<sup>3549</sup> siehe Kapitel 7.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3550</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3551</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3552</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2.; Kapitel 7.2.2.5.3 und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3553</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1.; Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.2.; Kapitel 7.2.2.4. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Baden als Ganzkörperpflege einzurichten. Im Verlauf der Fallbearbeitung ist sie vermutlich zu der Auffassung gelangt: Es ist nunmehr der ausdrückliche Wunsch der Seniorin, das Badeprogramm enden zu lassen. Es ist somit unmöglich, fortgesetzt Badehilfe zu leisten. Die Pflegekraft ist vermutlich bemüht gewesen, sich **nur soweit** im Rahmen der Pflegearbeit zu engagieren, wie sie es als **nötig und möglich** betrachtet hat. Naheliegend ist die Vermutung: Im Verlauf der Fallbearbeitung kontinuierlich Bedarfsprüfungen durchführend, hat sie beständig die Notwendigkeit und Möglichkeit geprüft, **Veränderungen am formellen Pflegeprogramm** vorzunehmen. Sie hat sich nach eigener Aussage wiederholt veranlasst gesehen, das Badeprogramm zu verändern. Sie hat die Badeeinsätze nach eigener Darstellung auf ausdrücklichen Wunsch der Seniorin zunächst von einem wöchentlichen auf einen zweiwöchentlichen Turnus umgestellt und anschließend gänzlich eingestellt.<sup>3554</sup> Sie hat mit jenen Veränderungen am Badeprogramm vermutlich nicht auf veränderte Bedarfslagen reagiert.

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat selber Pflege geleistet. Sie hat keine Pflege leisten lassen: weder formelle Pflege im Personalwechsel, noch informelle Pflege. Ein ausgewähltes Familienmitglied hat sich im Verlauf der Fallbearbeitung zwar an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, nicht aber an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligt. Die außerhalb des Hauses lebende Schwiegertochter hat weder in der Zeit während der Badeinsätze, noch in der Zeit zwischen den Badeeinsätzen informelle Pflege geleistet.<sup>3555</sup> Die Pflegekraft hat sich weder in der Zeit während der Pflegeeinsätze, noch in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen auf den **Vorrang informeller Pflege** gestützt. Anzunehmen ist: Sie hat keine Notwendigkeit gesehen, die häusliche Pflege im Rahmen eines Badeeinsatzes durch gemeinsam geleistete formelle und informelle Pflege sicherzustellen. Sie hat es nicht als notwendig erachtet, sich im Rahmen eines Badeeinsatzes einer Zweitkraft zu bedienen. Anzunehmen ist ferner: Sie hat keinen Versuch unternommen, den Vorrang informeller Pflege auszubauen.<sup>3556</sup> Sie hat unter den gegebenen Umständen keine Möglichkeit gesehen, die Badehilfe nur durch informelle Pflege sicherstellen zu lassen. Sie hat unter den gegebenen Umständen auch keine Möglichkeit gesehen, die Badehilfe im Wechsel von formeller und informeller Pflege leisten zu lassen und die formelle Badehilfe an ausgewählten Badetagen durch informelle Badehilfe zu ersetzen. Naheliegend ist die Vermutung: Die Pflegekraft hat versucht, die Angehörige am Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **soweit** zu beteiligen, wie sie deren Mitwirkung **als nötig und**

---

<sup>3554</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3555</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.3. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3556</sup> siehe Kapitel 7.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

**möglich** betrachtet hat. Sie hat zwar deren Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen, nicht aber deren Beteiligung an der Organisation von Pflegeleistungen als unmöglich verworfen.<sup>3557</sup>

Zu vermuten ist ferner: Die Pflegekraft hat nicht nur der zu pflegenden Person Unterstützung gewährt, sondern hat auch den Angehörigen in begrenztem Umfang Unterstützung geboten. Sie hat im Rahmen des Badeeinsatzes formelle Pflege geleistet und hat die Angehörigen von informeller Pflege freigestellt.

#### 7.4.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Zu unterstellen ist: Die Aufmerksamkeit auf den Auftrag konzentrierend, bedingt Pflegearbeit zu leisten, hat die Pflegekraft **Koordinationsarbeit** geleistet. Sie hat vermutlich auch in der **Interaktion mit den Angehörigen** Koordinationsleistungen erbracht: einerseits im Prozess der Fallauswahl, andererseits im Prozess der Fallbearbeitung.<sup>3558</sup> Sie hat sich wahrscheinlich vergewissert: Sind deren Kommunikationsleistungen entscheidungsrelevant? Anzunehmen ist: Sie hat **kommunikative Leistungen der Angehörigen** in Prozessen, in denen sie sich gefordert gesehen hat, Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm zu treffen, bedingt beachtet. Sie hat sich nach eigener Darstellung wiederholt veranlasst gefühlt, auf **verbale Kommunikationsleistungen** der Angehörigen zu reagieren. Sie hat sich im Prozess der Fallauswahl nach eigener Aussage gefordert gesehen, die seitens der Schwiegertochter formulierte **Bitte um Badehilfe** zu bearbeiten. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat im Rahmen der Fallauswahl zeitnah auf die wahrgenommene Bitte um formelle Unterstützung reagiert und hat zeitnah mit der Prüfung des Bedarfs an formeller Unterstützung begonnen. Sie hat den Bedarf an formeller Unterstützung im Rahmen der Fallauswahl wahrscheinlich bei zwei Gelegenheiten geprüft. Anzunehmen ist erstens: Sie hat eine verkürzte Bedarfsprüfung durchgeführt, als die Schwiegertochter sie kontaktiert hat, um eine Bitte um Badehilfe zu formulieren. Sie hat sich im Rahmen jener verkürzten Bedarfsprüfung darauf beschränkt, deren Äußerungen auszuwerten.<sup>3559</sup> Zweitens ist von der Annahme auszugehen: Sie hat jener verkürzten Bedarfsprüfung zeitnah eine erweiterte Bedarfsprüfung im Hause der Schwiegermutter folgen lassen. Sie hat sich im Rahmen jener erweiterten Bedarfsprüfung vermutlich auf Äußerungen der Seniorin, auf Bemerkungen der Schwiegertochter und auf eigene Beobachtungen

---

<sup>3557</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3558</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1.; Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.5.1.; Kapitel 7.2.2.5.2. und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3559</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.



gestützt.<sup>3560</sup> Drittens ist anzunehmen: Erst während der Begegnung mit der Seniorin ist der Pflegekraft bewusst geworden, dass die Schwiegertochter die Bitte um Badehilfe **ohne deren Einwilligung** formuliert hat.<sup>3561</sup> Im Prozess der Fallbearbeitung hat sich der Enkel vermutlich bemüht, die Pflegekraft zu beschwichtigen: Er hat nach Aussage der Pflegekraft in einem Gespräch mit ihr die Bitte geäußert, sie möge „**probieren**“<sup>3562</sup>, fortgesetzt Badehilfe zu leisten.<sup>3563</sup> Im Prozess der Fallbearbeitung hat vermutlich auch die Schwiegertochter versucht, die Pflegekraft zu besänftigen: Die Schwiegertochter hat nach Angaben der Pflegekraft in einem Gespräch mit ihr zunächst die Bitte geäußert, sie möge fehlende Kreislauftropfen gegen den Willen der Patientin besorgen, hat jene Bitte aber mit den Worten, sie werde „sich selber kümmern“<sup>3564</sup>, für nichtig erklärt, nachdem sie sowohl die Abwehr der Patientin als auch die Abwehr der Pflegekraft erlebt hat<sup>3565 3566</sup>.

Die Pflegekraft hat sich im Prozess der Fallbearbeitung wahrscheinlich veranlasst gesehen, auf eine regelmäßig wiederkehrende **nonverbale Kommunikationsleistung der Angehörigen** zu reagieren. Naheliegend ist die Vermutung: Ohne sich auf die Einwilligung der Schwiegermutter berufen zu können, hat die Schwiegertochter der Pflegekraft regelmäßig durch demonstratives Zurechtlegen eines unbenutzten Hauskleides zu verstehen gegeben<sup>3567</sup>, sie möge im Rahmen der mit der Badehilfe verknüpften Hilfe beim Ankleiden für einen Wechsel des Hauskleides sorgen. Die Pflegekraft hat beim Anblick des Hauskleides wahrscheinlich regelmäßig unterstellt: Es ist der Wunsch der Schwiegertochter und nicht der Wunsch der Seniorin, sie möge im Rahmen der mit der Badehilfe verknüpften Hilfe beim Ankleiden für einen Wechsel des Hauskleides sorgen. Naheliegend ist ferner die Vermutung: Die Pflegekraft hat jenen Wunsch regelmäßig erfüllt, ohne ihrerseits die Einwilligung der Patientin eingeholt zu haben. Es hat wahrscheinlich keiner Beschwichtigung der Pflegekraft bedurft. Sie hat vermutlich die Standards geteilt, die die Schwiegertochter in Bezug auf einen Wechsel des Hauskleides unterhalten hat. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat das Selbstbestimmungsrecht der Seniorin zwar im Prozess der Gewährung von Hilfe beim

---

<sup>3560</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3561</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3562</sup> EPI 7: 20; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3563</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3564</sup> EPI 7: 27.

<sup>3565</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3566</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3567</sup> vgl.: EPI 7: 37.

Ankleiden,<sup>3568</sup> aber weder im Prozess der Gewährung der Badehilfe,<sup>3569</sup> noch im Prozess der Bearbeitung der Kreislaufbeschwerden<sup>3570</sup> verletzt.

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat den Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm nicht nur **mitgeteilt**,<sup>3571</sup> sondern auch **erläutert**. Entscheidungen und Entscheidungsprozesse erläuternd, hat sie Einblick in die **Bedingungen formeller Pflege** gewährt.<sup>3572</sup> Hat sie den Angehörigen auch Einblick in die **Zielsetzungen formeller Pflege** geboten? Sie hat es den Angehörigen vermutlich überlassen, die Handlungspraxis des Pflegepersonals (Übernahme von Badeeinsätzen, Durchführung von Pflegeberatung) ohne Deutungsanleitung auszulegen, und im Rahmen jenes Auslegungsprozesses von Handlungsfolgen auf Handlungsziele (Vermeidung von Familienstreitigkeiten, Vermeidung von Unfällen, Linderung körperlicher Beschwerden) zu schließen. Die Vermutung ist naheliegend: Mit den Angehörigen interagierend, hat die Pflegekraft nicht nur über eigene **formelle Unterstützungsleistungen**, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert. Sofern sie es für opportun gehalten hat, hat sie die Angehörigen auf **Ansprüche** hingewiesen, die sie an informelle Unterstützung stellt.

- Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat der Schwiegertochter zu verstehen gegeben, dass es Aufgabe der Angehörigen ist, sich fortgesetzt an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** zu beteiligen, indem sie die Vorarbeiten für die Durchführung der Badeeinsätze übernehmen. Sie hat ihr verdeutlicht, dass die Angehörigen sowohl Vorarbeiten einmaliger Art (Beschaffung von Hilfsmitteln zwecks Vermeidung von Badeunfällen), als auch Vorarbeiten regelmäßig wiederkehrender Art (Inbetriebsetzung des Ölofens zur Erwärmung des Badewassers) zu übernehmen haben.<sup>3573</sup>
- Hat die Pflegekraft sich veranlasst gesehen, die Angehörigen über den Anspruch aufzuklären, dass sie sich nach Möglichkeit **unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin** an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligen sollen? Zu vermuten ist: Sie hat eine sich bietende Gelegenheit, ein separates Gespräch mit dem Enkel, genutzt, um über jenen

---

<sup>3568</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3569</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3570</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3571</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3572</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3573</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1.; Kapitel 7.2.1.2. und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Anspruch zu kommunizieren. Sie hat ihn aber wahrscheinlich nicht offen formuliert, sondern hat den Wink mit dem Zaunpfahl gewählt.<sup>3574</sup>

- Anzunehmen ist auch: Die Pflegekraft hat der Schwiegertochter zu verstehen gegeben, dass diese unter den gegenwärtigen Umständen nicht verpflichtet ist, Hilfe beim Baden zu leisten.<sup>3575</sup> Wenn die Pflegekraft sie bereits im Falle der zum Bestand der Fälle gehörenden Mutter aufgeklärt hat, dass sie sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles gefordert sieht, sich verstärkt an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen, dann hat sie keine Verlassung gehabt, jene Aufklärung im Falle der in den Bestand der Fälle neu aufgenommenen Schwiegermutter zu wiederholen.

Wie soll im Pflegefall verfahren werden? Hat die Pflegekraft in der Interaktion mit den Angehörigen die Kommunikation über die **Zukunft des etablierten Unterstützungsarrangements** gesucht? Anzunehmen ist: Die Pflegepersonal hat mit den Angehörigen keine Vereinbarung über das Verfahren im Pflegefall geschlossen. Wie soll vorgegangen werden, um das körperliche Wohlbefinden der unter Kreislaufbeschwerden leidenden Patientin zu verbessern? Die Patientin hat es nach Aussage der Pflegekraft zeitweilig an der Einnahme von Kreislauftropfen fehlen lassen. Nach Angaben der Pflegekraft hat die Patientin in der Folge über Kreislaufbeschwerden geklagt. Aus Sicht der Pflegekraft ist allerdings nicht auszuschließen, dass Patientin es künftig erneut unterlässt, die Kreislauftropfen einzunehmen. Nicht auszuschließen ist: Die Pflegekraft gedenkt, die Angehörigen erst im Wiederholungsfall anzuregen, die Einnahme der Kreislauftropfen zu kontrollieren<sup>3576</sup>.<sup>3577</sup> Wie soll verfahren werden, um das seelische Wohlbefinden der Patientin zu fördern? Über Möglichkeiten reflektierend, das seelische Wohlbefinden der Patientin zu steigern, hat die Pflegekraft einen Einfall<sup>3578</sup>. Nach Ansicht der Pflegekraft wäre es möglich, das seelische Wohlbefinden der Patientin zu steigern, wenn es gelingen würde, deren Gefühle von Nutzlosigkeit zu verringern. Es bestünde nach Meinung der Pflegekraft die Möglichkeit, jene Gefühle von Nutzlosigkeit zu mindern, wenn die Angehörigen der Patientin verstärkt Gelegenheiten bieten würden, sich als Mitglied eines familialen Netzwerkes zu erleben, das nicht nur Unterstützung durch Angehörige erhält, sondern umgekehrt auch Unterstützung für Angehörige leistet. Aus Sicht der Pflegekraft kommt keiner der Angehörigen auf jenen Gedanken. Einen der

---

<sup>3574</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3575</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3576</sup> vgl.: EPI 7: 26.

<sup>3577</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3578</sup> vgl.: EPI 7: 13.

Angehörigen auf jenen Gedanken zu bringen, plant die Pflegekraft vermutlich nicht<sup>3579</sup>.<sup>3580</sup> Sie nimmt möglicherweise an: Einem Versuch, die Angehörigen anzuregen, der Seniorin zu ermöglichen, sie im Rahmen der Alltagsbewältigung verstärkt zu unterstützen, ist kein Erfolg beschieden. Möglicherweise ist sie auch der Annahme: Ein Versuch, die Angehörigen zu beeinflussen, der Seniorin Möglichkeiten zu eröffnen, ihnen im Rahmen der Alltagsbewältigung verstärkt Unterstützung zu gewähren, wird von den Angehörigen als Versuch gedeutet, sich in private Angelegenheiten einzumischen, und trägt zu einer Verschlechterung der Qualität des Arbeitsklimas bei.

Zu vermuten ist: Nicht nur im Verhältnis zwischen Familienmitgliedern sondern auch im Verhältnis zwischen Familienangehörigen und Pflegekraft hat es **Koordinationsprobleme** gegeben. Welche **Erklärungsmöglichkeiten** lassen sich finden? Zu vermuten ist: Die Lebensumstände ausgewählter Angehöriger sind zum einen durch berufliche Verpflichtungen (Enkel), zum anderen durch familiäre Verpflichtungen (Schwiegertochter) geprägt gewesen. Zu den familiären Verpflichtungen der Schwieгertochter zählt nach Darstellung der Pflegekraft die Sorge für zwei ältere Familienmitglieder: Sie kümmert sich nach Aussage der Pflegekraft erstens um die im Haus wohnende Mutter, zweitens um die am Ort lebende Schwiegermutter. Anzunehmen ist: Sie versorgt im Falle der Schwiegermutter ein älteres Familienmitglied, das auf die Vorstellung von steigendem Hilfebedarf regelmäßig mit Gefühlen von Angst und Lebensüberdruсс reagiert. „Ich will sterben, ich will keinem zur Last fallen“<sup>3581</sup>. „Morgen bin ich tot“<sup>3582</sup>.<sup>3583</sup>

Nicht auszuschließen ist: Ausgewählte Angehörige haben es **vor Beginn der Fallbearbeitung** im Prozess der Organisierung der Badehilfe an offener Kommunikation fehlen lassen.<sup>3584</sup> Zu vermuten ist: Die Schwieгertochter hat die Pflegekraft gebeten, formelle Badehilfe zu leisten, ohne die Einwilligung der Schwiegermutter eingeholt zu haben und ohne die Pflegekraft über das Fehlen jener Einwilligung aufgeklärt zu haben. Sie hat möglicherweise die Befürchtung gehabt: Wenn sie die Schwiegermutter in den Plan einweiht, die Pflegekraft zu bitten, Badehilfe zu leisten, provoziert sie eine Abwehrhaltung auf Seiten der Schwiegermutter. Sie hat möglicherweise auch befürchtet: Wenn sie die Pflegekraft einweiht, dass sie um Badehilfe bittet, ohne die Einwilligung der Schwiegermutter eingeholt zu haben, dann provoziert sie eine Abwehrhaltung auf Seiten der Pflegekraft. Hat auch die Pflegekraft es vor Beginn der Fallbearbeitung an offener Kommunikation fehlen lassen? Die Pflegekraft hat sich zu Beginn der ersten Begegnung

---

<sup>3579</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>3580</sup> siehe Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3581</sup> EPI 7: 17.

<sup>3582</sup> ebd.: 17.

<sup>3583</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3584</sup> siehe Kapitel 7.2.1.1. und Kapitel 7.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

vermutlich gefordert gesehen, die eigene Unterstellung, dass die Schwiegermutter den Wunsch zu baden hat, in Frage zu stellen. Will die Schwiegermutter überhaupt baden? Hat es ein Missverständnis zwischen Schwiegertochter und Schwiegermutter gegeben? Ist Manipulation im Spiel?<sup>3585</sup> Die Pflegekraft hat möglicherweise ein Gefühl von Verunsicherung verspürt, aber nicht offen angesprochen. Eine denkbare Verfahrensmöglichkeit wäre gewesen, für einen Abbruch der ersten Begegnung zu plädieren, das Plädoyer mit der Vermutung zu begründen, dass die Frage nach dem Badewunsch erst familienintern zu klären ist, und das Angebot zu formulieren, eine zweite Begegnung dann anzubereiten, wenn der Badewunsch zweifelsfrei feststeht. Hat es der Pflegekraft an Resoluteit gemangelt, jenen Verfahrensplan umzusetzen? Hat sie befürchtet, die Qualität des Arbeitsklimas im Falle der Mutter zu beeinträchtigen, wenn sie jenen Verfahrensplan im Falle der Schwiegermutter verwirklicht? Oder hat es der Pflegekraft gar an jenem Verfahrensplan gemangelt, da Badefälle für sie erfahrungsgemäß bislang ausnahmslos Fälle mit zweifelsfrei feststehendem Badewunsch gewesen sind? Nicht auszuschließen ist: In jenes Gefühl von Verunsicherung hat sich auch ein Gefühl von Verärgerung gemischt.

Auch **im Verlauf der Fallbearbeitung** hat es im Prozess der Organisation der Badehilfe vermutlich Kommunikationsmängel gegeben.<sup>3586</sup> Anzunehmen ist erstens: Ausgewählte Angehörige (Schwiegertochter und Enkel) haben zwar gewusst, dass das Familienmitglied, das die Vorarbeiten für die formelle Badehilfe (Inbetriebnahme des Ölofens) normalerweise übernimmt (Enkel), während seiner Urlaubszeit vorübergehend ausfällt, haben es aber unterlassen, sich auf die Anleitung des ersatzweise aktivierbaren Familienmitgliedes (Schwiegertochter) als Möglichkeit zu verständigen, dessen Chancen zu erhöhen, die Vorarbeiten während jener Übergangsphase erfolgreich zu erledigen. Zweitens ist von der Annahme auszugehen: Das ersatzweise aktivierte, jedoch nicht angeleitete Familienmitglied (Schwiegertochter) hat während jener Übergangsphase zwar zweimal vergeblich versucht, jene Vorarbeiten erfolgreich zu verrichten, hat die Pflegekraft im zweiten Pannenfall aber nicht rechtzeitig verständigt. Die Pflegekraft hat vermutlich zwar gehofft, den Bestand der Fälle um einen unkomplizierten Badefall aufstocken zu können, sich wider Erwarten aber mit einem kompliziertem Badefall konfrontiert gesehen. Hat es ihr an einer klaren Haltung für oder wider die Fortsetzung der Arbeit in einem für sie unerwartet komplizierten Badefall gemangelt?

---

<sup>3585</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3586</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

#### 7.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Zu unterstellen ist: Die Aufmerksamkeit auf den Auftrag konzentrierend, bedingt Pflege zu leisten, hat die Pflegekraft **Fehlerarbeit** versehen. Sie ist vermutlich bestrebt gewesen, Fehler zu vermeiden. Anzunehmen ist: Sie hat sich in Prozessen der Bedarfsbestimmung um die **Vermeidung eigener Deutungsfehler** bemüht. Sie hat zu Zwecken der Bedarfsbestimmung kontinuierlich Daten gesammelt und ausgewertet, die Aufschluss über den Bedarf an (formeller) Badehilfe geben können. Sie hat, mit ausgewählten Familienmitgliedern interagierend, **verbale Daten** gesammelt: Sie hat deren Sichtweise erfasst. Sie hat, mit der Patientin interagierend, auch **Beobachtungsdaten** gesammelt: Sie hat die Patientin während der Badeeinsätze beim Vollzug ausgewählter Handlungen beobachtet, um den Bedarf an (formeller) Badehilfe zu erfassen.<sup>3587</sup> Wie ist sie im Prozess der Bestimmung des Bedarfs an (formeller) Badehilfe verfahren? Sie verdeutlicht: Um die Fähigkeit der Patientin einzuschätzen, sich selbständig zu baden, hat sie ein differenziertes Beurteilungsschema gewählt. Es lenkt die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit der Patientin, unterschiedliche Körperpartien selbständig zu waschen und das Einsteigen in die Badewanne sowie das Aussteigen aus der Badewanne selbständig zu bewältigen. Sie ist vermutlich bestrebt gewesen, Fehleinschätzungen des Bedarfs an (formeller) Badehilfe zu vermeiden. Die Vermutung liegt nahe: Sie zieht im Zweifelsfall die Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Badehilfe der Unterschätzung des Bedarfs an (formeller) Badehilfe vor.<sup>3588</sup> Anzunehmen ist: Sie hat sich auch um **Vermeidung eigener Handlungsfehler** bemüht, die sich für die Patientin als folgeschwer erweisen können. Sie ist vermutlich bestrebt gewesen, die Patientin in Badeprozessen nicht zu überfordern, um zu vermeiden, dass die Patientin infolge einer Überforderung stürzt.<sup>3589</sup> Die Kreislaufbeschwerden der Patientin wahrnehmend, ist sie vermutlich zeitnah beratend tätig geworden, um keinen für die Patientin folgeschweren Fehler zu begehen.<sup>3590</sup>

Die Pflegekraft hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit vermutlich nicht nur um Fehlervermeidung bemüht, sondern hat sich auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Zu unterstellen ist: Sie hat sich gefordert gesehen, einen vor Beginn der Fallbearbeitung begangenen **eigenen Deutungsfehler** zu bearbeiten. Wie hat sie auf die Erkenntnis reagiert, dass sie die seitens der Angehörigen formulierte Bitte um formelle Badehilfe falsch interpretiert hat? Anzunehmen ist: Sie hat

---

<sup>3587</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3588</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. und Kapitel 7.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3589</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2.; Kapitel 7.2.2.3. und Kapitel 7.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3590</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

jene Bitte reinterpretiert. Sie hat die Deutung, die Patientin wünscht formelle Badehilfe, durch die Deutung ersetzt, die Angehörigen wünschen, dass die Patientin formelle Badehilfe erhält. Anzunehmen ist ferner: Mit den Angehörigen interagierend, hat sie die **Kommunikation** über den eigenen Deutungsfehler **gemieden**. Sie hat den Angehörigen vermutlich nicht erklärt, einen Deutungsfehler begangen zu haben.<sup>3591</sup> Zu unterstellen ist auch: Sie hat sich gefordert gesehen, einen zu Beginn der Fallbearbeitung erlebten **Kommunikationsfehler der Angehörigen** zu bearbeiten. Wie hat sie auf die Erkenntnis reagiert, dass die Angehörige im Rahmen des Erstbesuches versucht hat, die Patientin zu überreden, in die formelle Badehilfe einzuwilligen, und bei jenem Überredungsversuch eine falsche Angabe über die Bedingungen ambulanter Pflege gemacht hat? Mit der Angehörigen interagierend, hat sie nach eigener Aussage die **Kommunikation** über jene falsche Angabe **gesucht**: „Das können Sie so nicht sagen“<sup>3592 3593</sup>.

#### 7.4.4. Handlungsfolgen

Anzunehmen ist: Das private Engagement der Familie und das berufliche Engagement der Pflegekraft hat sich kombinieren lassen.<sup>3594</sup> Die Kombination ist aber eine Kombination besonderer Art gewesen. Die Angehörigen haben sich zwar weiterhin an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligt, haben jedoch eine (weitergehende) Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen zu vermeiden gesucht. Die Pflegekraft hat sich nicht nur der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses gewidmet, sondern hat auch die Produktion von Pflegeleistungen übernommen. Die Angehörigen und die Pflegekraft haben die Seniorin im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **gemeinsam** unterstützt: sei es durch ein Engagement im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sei es durch ein Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Die Angehörigen und die Pflegekraft haben sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege vermutlich auch **wechselseitig** unterstützt. Die Pflegekraft ist der Ansicht: Sie hat zur **Entlastung der Angehörigen** beigetragen. Sie ist vermutlich auch der Ansicht: Die Angehörigen haben einen Beitrag zur **Entlastung der Pflegekraft** geleistet.<sup>3595</sup>

<sup>3591</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3592</sup> EPI 7: 1.

<sup>3593</sup> siehe Kapitel 7.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3594</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3595</sup> siehe Kapitel 7.2.2.5.1. und Kapitel 7.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

## 8. Die achte Episode: Eine kinderlose Seniorin, deren einzige Verwandte nach Aussage der Pflegefachkraft berufstätig ist, „kein Interesse“ erkennen lässt und „abgezischt“ ist

### 8.1. Die Struktur des familialen Netzwerkes

Die Krankenschwester berichtet<sup>3596</sup>: Die Seniorin (88 Jahre) sei verwitwet<sup>3597</sup> und kinderlos<sup>3598</sup>. Sie lebe alleine in ihrem Haushalt<sup>3599</sup>. Sie sei alleinstehend<sup>3600</sup>. Ihr Bruder lebe am Ort<sup>3601</sup>, sei gleichfalls hochbetagt und verwitwet<sup>3602</sup>. Ihre Schwester sei verstorben. Deren Tochter sei verheiratet (EPI8: 50) und wohne in einem entfernter gelegenen Ort<sup>3603</sup>. Die Krankenschwester betont: Der Einzelfall weise verglichen mit anderen Fällen ein extrem reduziertes familiales Netzwerk auf, „weil meistens entweder im Haus oder im Dorf“<sup>3604</sup> Angehörige leben.<sup>3605</sup>

---

<sup>3596</sup> Bei der achten Episode handelt es sich um die Episode mit der Kennziffer 137. Der männliche Feldforscher hat zur achten Episode zwei Episodeninterviews durchgeführt. Er hat jeweils die Krankenschwester befragt. Das Eingangsgespräch (1.12.1988) hat zwei Stunden und dreißig Minuten gedauert. Das Abschlussgespräch für die achte Episode ist aus Praktikabilitätsgründen mit den Abschlussgesprächen für vier weitere Episoden auf einen Termin gelegt worden (17.1.1989). Jenes abschließend anberaumte Gespräch dauerte für alle fünf Episoden zusammen neunzig Minuten: Die achte Episode wurde als letzte besprochen (dreißig Minuten). Die Abkürzungen für die Episodeninterviews lauten: EPI8 für das Eingangsgespräch zur achten Episode und EPI 8.2 für das Abschlussgespräch zur achten Episode. Die Episodenrekonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten. Um die achte Episode zu kennzeichnen, werden Bedingungen vorgestellt, die die Krankenschwester auf Seiten des familialen Netzwerkes wahrnimmt: Nach Aussage der Krankenschwester ist die Seniorin partnerlos und kinderlos (EPI8: 1, 43), hat einem hochbetagten Bruder am Wohnort (EPI8: 18), hat ansonsten keine „im nahen Umfeld“ wohnenden Angehörigen (EPI8: 1), sondern „nur eine Nichte“, deren Wohnsitz außerhalb des Wohnortes der Patientin gelegen ist (EPI8: 1). Jene Nichte ist nach Angaben der Krankenschwester berufstätig (EPI8: 18, 33, 59). Sie hat nach Aussage der Krankenschwester „kein Interesse“ erkennen lassen (EPI 8: 39) und ist „abgezischt“ (EPI 8: 12).

<sup>3597</sup> vgl.: EPI 8: 48, 50.

<sup>3598</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>3599</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>3600</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>3601</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3602</sup> vgl.: EPI 8.2: 27.

<sup>3603</sup> vgl.: EPI 8: 1.

<sup>3604</sup> ebd.: 55.

<sup>3605</sup> Die Krankenschwester rekonstruiert das für sie wahrnehmbare familiale Netzwerk. Angaben zu Alter und Familienstand der Seniorin entstammen der Klientendokumentation.



## 8.2. Die Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung

### 8.2.1. Der Einstieg in die Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

#### 8.2.1.1. Die Vorgeschichte des Erstbesuches

Anzunehmen ist: Der Hausarzt hat die Krankenschwester sowohl über die Krankheitsentwicklung, als auch über die Krankheitsbearbeitung informiert. Die Krankenschwester berichtet: Die alleinlebende, seit langem an Diabetes erkrankte Seniorin<sup>3606</sup> habe es nicht ausnahmsweise, sondern regelmäßig an einer den Regeln der Kunst gemäßen Mitarbeit in Sachen Krankheitsbewältigung fehlen lassen<sup>3607</sup>. Infolgedessen seien die Blutzuckerwerte der Patientin „total entgleist“<sup>3608</sup>. Die Patientin habe „eine Mangel durchblutung im Hirn“<sup>3609</sup> erlitten und sei „total geistig weggetreten“<sup>3610</sup> gewesen. In jenem Zustand sei die Patientin ins Krankenhaus eingewiesen worden. Im Kontext der stationären Behandlung sei die Umstellung auf Insulin erfolgt<sup>3611</sup>. Die Krankenschwester verweist auf Zusammenhänge zwischen Krankheitsgeschehen und Krankheitsbearbeitung. Zu vermuten ist: Jener Fehler, den die Patientin bei der Krankheitsbearbeitung begangen hat, hat zu einer Verschlimmerung des Krankheitsgeschehens geführt. Jene Verschlimmerung ist im Kontext der Krankenhausbehandlung bearbeitet worden. Im Prozess der Bearbeitung jener Verschlimmerung ist die Entscheidung gefällt worden, den medizinischen Ansatz der Krankheitsbearbeitung zu verändern. Die Krankenschwester erklärt nicht: Existenz und Engagement eines familialen Netzwerkes vorausgesetzt, hätte sich jener Prozess der Entwicklung von Komplikationen und Bearbeitung von Komplikationsfolgen vermeiden lassen.

Die Krankenschwester berichtet: Nach dreieinhalb Wochen stationärer Behandlung sei die Entlassung anberaumt worden. Die Krankenschwester erläutert erstens jene Entscheidung, die Entlassung anzuberaumen, betont zweitens Verständnis für jene Entscheidung und begründet drittens jenes Verständnis mit der eigenen Berufserfahrung in der Krankenhauspflege. Sie erklärt: Der Zustand der Patientin habe sich nicht

---

<sup>3606</sup> vgl.: ebd.: 6.

<sup>3607</sup> vgl.: ebd.: 6, 19f, 43.

<sup>3608</sup> ebd.: 6.

<sup>3609</sup> ebd.: 6.

<sup>3610</sup> ebd.: 6.

<sup>3611</sup> vgl.: ebd.: 43.

verbessert und es sei „auch keine Besserung zu erwarten“<sup>3612</sup> gewesen. Sie könne verstehen<sup>3613</sup>, dass die Krankenhausärzte entschieden haben, die Patientin zu entlassen, anstatt deren Entlassung aufzuschieben, da sie aufgrund der eigenen Berufserfahrungen in der Krankenhauspflege wisse, wie mit Fällen verfahren werde, in denen keine Aussicht auf Besserung bestehe<sup>3614</sup>. Die Krankenschwester kritisiert nicht die Entscheidung, die Entlassung anzuberaumen. Sie übt vielmehr Kritik an dem Verfahren, die Betreuung für die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten. Nach Ansicht der Krankenschwester ist absehbar gewesen, dass „eine Betreuung rund um die Uhr“<sup>3615</sup> angezeigt ist. Nach Aussage der Krankenschwester ist jedoch erst nach Bekanntgabe des Entlassungstermins begonnen worden, das künftige Betreuungsarrangement zu organisieren. Nach Auffassung der Krankenschwester ist es eine **Fehlentscheidung** gewesen, „erst in der letzten Woche“<sup>3616</sup> mit der Organisation der künftigen Unterstützung begonnen zu haben.

Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Die Sozialarbeiterin des Krankenhaussozialdienstes hat auf eine Heimpflege gesetzt, aber die Familie hat die Einwilligung in eine Heimpflege verweigert<sup>3617</sup>. Die Krankenschwester ist der Ansicht, es sei eine Fehlentscheidung der Sozialarbeiterin gewesen, versucht zu haben, sich mit dem hochbetagten Bruder der Patientin zu verständigen, eine Heimpflege einzuleiten. Die Krankenschwester betont: „Der ist auch geistig nicht ganz auf der Höhe“<sup>3618</sup> und „sollte seiner Schwester erzählen, daß [sic.] sie ins Heim sollte. Ich meine, mit dem kann sie sich nun auch nicht in Verbindung setzen. Ich meine, da kann man mit dem alten Mann auch nichts anfangen“<sup>3619</sup>. „Der kann nichts in die Wege leiten“<sup>3620</sup>. Die Krankenschwester ist der Auffassung, es sei eine Fehlentscheidung der Sozialarbeiterin gewesen, nicht versucht zu haben, sich mit der Nichte zu verständigen. Die Krankenschwester betrachtet den Geisteszustand jener Angehörigen als unversehrt<sup>3621</sup>. Sie erklärt: Die Sozialarbeiterin habe „keinen großartigen Elan gehabt, denn sonst hätte sie“<sup>3622</sup> das Gespräch mit der Nichte gesucht, hätte sie nach ihren Vorstellungen gefragt und hätte sie belehrt, dass die Patientin „irgendwo in Obhut muß [sic.]“<sup>3623</sup>. Die Sozialarbeiterin hat vermutlich eine sich ihre bietende Gelegenheit genutzt, um mit dem

---

<sup>3612</sup> ebd.: 7.

<sup>3613</sup> vgl.: ebd.: 40f.

<sup>3614</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>3615</sup> EPI 8.2: 26.

<sup>3616</sup> ebd.: 27.

<sup>3617</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3618</sup> ebd.: 19.

<sup>3619</sup> ebd.: 19.

<sup>3620</sup> ebd.: 27.

<sup>3621</sup> vgl.: EPI 8: 11.

<sup>3622</sup> ebd.: 10.

<sup>3623</sup> ebd.: 11.

Bruder Kontakt aufzunehmen. Dessen Besuchszeit hat sich wahrscheinlich mit der Arbeitszeit der Sozialarbeiterin überschritten<sup>3624</sup>. Zu vermuten ist: Die Sozialarbeiterin hätte eigens eine Gelegenheit schaffen müssen, um mit der Nichte Kontakt aufzunehmen<sup>3625</sup>. Wahrscheinlich hat sich die Besuchszeit der berufstätigen Nichte nicht mit der Arbeitszeit der Sozialarbeiterin überschritten<sup>3626</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Die Sozialarbeiterin des Krankenhaussozialdienstes habe mit der Gemeindeverwaltung Kontakt aufgenommen. Die Krankenhaussozialarbeiterin habe gebeten, die Gemeindeverwaltung möge die **Bitte um formelle Unterstützung** weiterleiten und eine Fachkraft des gemeindlichen Pflegedienstes möge sich mit ihr in Verbindung setzen<sup>3627</sup>. Die Krankenhaussozialarbeiterin habe jene Bitte um formelle Unterstützung in der Zeit der nahenden Entlassung formuliert. Die Sozialarbeiterin des Krankenhaussozialdienstes habe sich in der Zeit der nahenden Entlassung nicht autorisiert gefühlt, die Heimpflege zu organisieren, und habe sich gefordert gesehen, mit der Organisation der häuslichen Pflege zu beginnen<sup>3628</sup>.

#### 8.2.1.2. Der Verlauf des Erstbesuches

Die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Krankenschwester hat nach eigener Aussage zwei Erstbesuche durchgeführt: einen Erstbesuch im Krankenhaus und einen Erstbesuch in der Häuslichkeit. Wie ist der **Erstbesuch im Krankenhaus** verlaufen? Jenen Erstbesuch im Krankenhaus rekonstruierend, bietet die Krankenschwester drei Erzählungen an: Sie handeln von einer ersten Fallbesprechung, von einer ersten Begegnung mit der Seniorin und von einer zweiten Fallbesprechung. Wie lässt sich der Erstbesuch im Krankenhaus, basierend auf jenen seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **zusammenfassend** darstellen?

- Nach Auskunft der Krankenschwester hat der Erstbesuch im Krankenhaus mit einer **ersten Fallbesprechung** begonnen. Anzunehmen ist: Jene erste Fallbesprechung hat unter Ausschluss der Patientin und unter Ausschluss von Angehörigen stattgefunden. Ausschließlich Krankenschwester und Krankenhaussozialarbeiterin haben an jener ersten Fallbesprechung

---

<sup>3624</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>3625</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>3626</sup> vgl.: EPI 8.2: 27.

<sup>3627</sup> vgl.: EPI 8: 1.

<sup>3628</sup> vgl.: EPI 8.2: 26.

teilgenommen. Die Krankenschwester hat erste Deutungen über den **Bedarf** und die künftige **Bedarfsbearbeitung** entwickelt. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben erfahren: Die Seniorin, eine insulinpflichtige Diabetikerin, die sklerotisch, partnerlos und kinderlos ist, allerdings eine Nichte hat, deren Wohnsitz entfernt gelegen ist, soll in Kürze in die angestammte Häuslichkeit entlassen werden. Erste Informationen über den Zustand der Patientin und erste Informationen über die Existenz eines familialen Netzwerkes deutend, hat die Krankenschwester vermutlich unterstellt: Es besteht hoher Pflegebedarf. Die Möglichkeiten, den Bedarf an Pflege im Hause der pflegebedürftigen Person durch informelle Pflege zu decken, sind begrenzt. Es ist von hohem Bedarf an formeller Pflege auszugehen. Die Krankenschwester ist sich vermutlich bewusst gewesen: Eine Nichte verkörpert nicht den Normalfall eines pflegenden Familienangehörigen. Jene Nichte kann familiären und beruflichen Verpflichtungen unterliegen<sup>3629</sup>.

- Anzunehmen ist: Im Anschluss an jene erste Fallbesprechung hat die **erste Begegnung mit der Seniorin** im Beisein der Sozialarbeiterin im Patientenzimmer stattgefunden. Die Krankenschwester hat sich gefordert gesehen, sich einen persönlichen Eindruck zu verschaffen, um die Vermutung über das Ausmaß des **Bedarfs** an Pflege zu prüfen. Die Krankenschwester ist nach eigener Aussage zu der Einschätzung gelangt, dass „rund um die Uhr“<sup>3630</sup> Pflegebedarf besteht. Sie verdeutlicht, den Prozess einer im Hause der Seniorin zu bewerkstelligen **Bedarfsbearbeitung** antizipiert zu haben. Sie erklärt, entsetzt gewesen zu sein bei dem Gedanken, dass die Seniorin mit einem Tag und Nacht umfassenden Pflegebedarf in eine Häuslichkeit entlassen wird, in der sich keine Tag und Nacht währende Pflege gewährleisten lässt: weder informell durch Engagement der Familie, noch formell durch Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes. Das Entsetzen, das sie nach eigener Aussage verspürt hat, ist vermutlich Ausdruck der Befürchtung gewesen: Wenn die Seniorin mit einem Tag und Nacht umfassenden Pflegebedarf in eine Häuslichkeit entlassen wird, in der sich keine Tag und Nacht währende Pflege sicherstellen lässt, dann kann sie Schaden nehmen<sup>3631</sup>. Die Krankenschwester ist sich nach eigener Darstellung bewusst gewesen: Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes kann nicht rund um die Uhr Pflege leisten. Es kann

---

<sup>3629</sup> vgl.: EPI 8: 1.

<sup>3630</sup> EPI 8.2: 26.

<sup>3631</sup> vgl.: EPI 8: 1.

lediglich einen minimalen Beitrag zur Deckung jenes rund um die Uhr währenden Pflegebedarfes leisten. Wenn es angesichts der Begrenztheit seiner organisatorischen Möglichkeiten keine den fachlichen Notwendigkeiten gemäße Pflege rund um die Uhr leisten kann, dann muss ein den sachlichen Notwendigkeiten gemäßes Pflegeprogramm organisiert werden, um Schaden von der pflegebedürftigen Person abwenden zu können<sup>3632</sup>.

- Nach Auskunft der Krankenschwester hat eine **zweite Fallbesprechung** stattgefunden. Sie ist vermutlich wiederum unter Ausschluss der Patientin und unter Ausschluss von Angehörigen durchgeführt worden. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben mit zwei Gesprächspartnern konferiert: mit der Stationsschwester und mit der Krankenhaussozialarbeiterin. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat sich im Gespräch mit der Stationsschwester in der Einschätzung bestätigt gesehen, dass rund um die Uhr **Bedarf** an Pflege besteht<sup>3633</sup>. Sie hat im Gespräch mit der Sozialarbeiterin die Organisation der künftigen **Bedarfsbearbeitung** besprochen und hat deren in der Vergangenheit liegendes Engagement kritisiert. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage den Vorwurf erhoben: Die Sozialarbeiterin ist im Prozess der Organisation eines den fachlichen Notwendigkeiten gemäßen Pflegeprogramms fehlerhaft verfahren. Sie hat ihre Pflicht verletzt, die Seniorin in gesicherte Verhältnisse zu entlassen. Sie hat es unterlassen, eine zwecks Pflichterfüllung angezeigte Befragung der Nichte durchzuführen. Die Krankenschwester verdeutlicht, der Sozialarbeiterin zu verstehen gegeben zu haben, dass sie sie für eine Entlassung in Verhältnisse verantwortlich macht, in der weder durch informelle Pflege, noch durch formelle Pflege eine den sachlichen Notwendigkeiten entsprechende Versorgung am Tage und in der Nacht sichergestellt ist<sup>3634</sup>. Die Sozialarbeiterin hat nach Darstellung der Krankenschwester versucht, den Vorwurf fehlerhaften Verfahrens unter Hinweis auf fehlendes Interesse der Nichte zu entkräften<sup>3635</sup>.
- Zu vermuten ist: Im Verlauf jenes Streitgespräches haben sich die Vorstellungen der Krankenschwester über **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der Angehörigen** konkretisiert. Die Krankenschwester ist vermutlich von zwei Überlegungen ausgegangen: Eine **häusliche Pflege** kann **im Hause der**

---

<sup>3632</sup> vgl.: EPI 8.2: 35.

<sup>3633</sup> vgl.: EPI 8: 6.

<sup>3634</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>3635</sup> vgl.: ebd.: 3.

**pflegebedürftigen Person** oder **im Hause der Angehörigen** erfolgen. Es bedarf formeller und informeller Pflege, um eine den fachlichen Notwendigkeiten gemäße, Tag und Nacht währende Pflege in einem jener häuslichen Kontexte gewährleisten zu können. Die Krankenschwester ist vermutlich zu der Auffassung gelangt: Einem Engagement der Angehörigen können sowohl Grenzen struktureller Art, als auch Grenzen persönlicher Art gesetzt sein. Deren Wohnsituation, deren familiäre und berufliche Verpflichtungen und deren Desinteresse können informelle Pflege erschweren. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat entschieden, das Gespräch mit der Angehörigen zu wählen, um ihre Vorstellungen über die Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der Angehörigen zu prüfen. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage im Gespräch mit der Sozialarbeiterin die **Heimpflege** als Möglichkeit thematisiert, Tag und Nacht formelle Pflege leisten zu lassen<sup>3636</sup>. Die Sozialarbeiterin hat nach Darstellung der Krankenschwester versucht, den Vorwurf, selber keine Heimpflege organisiert zu haben, unter Hinweis auf den Widerstand der Familie zu entkräften. Die Krankenschwester ist sich bewusst gewesen: Die Einwilligung der Familie zur Heimpflege liegt in der Gegenwart nicht vor. Sie ist in der Vergangenheit nicht erwirkt worden. Die Krankenschwester hat möglicherweise befürchtet: Der Versuch, in Zukunft selber die Einwilligung zur Heimpflege zu erwirken, scheitert am Widerstand der Familie<sup>3637</sup>. Der gemeindliche Pflegedienst wäre sowohl im Falle einer Heimpflege, als auch im Falle ein Pflege im Hause jener Angehörigen aus dem Pflegearrangement ausgeschieden: Das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes bleibt auf das Hoheitsgebiet der Gemeinde beschränkt.

- Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester die Krankenhaussozialarbeiterin über **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes** aufgeklärt. Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester der Krankenhaussozialarbeiterin erklärt: Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes könne im Rahmen begrenzter organisatorischer Möglichkeiten Unterstützung leisten. Es könne zwei Einsätze pro Einsatztag absolvieren, einen Einsatz zur Morgenzeit und einen Einsatz zur Mittagszeit, und es könne auf diese Weise einen begrenzten Beitrag zur Deckung des rund um die Uhr währenden Unterstützungsbedarfes leisten. Es könne angesichts der Begrenztheit seiner organisatorischen Möglichkeiten aber keine

---

<sup>3636</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>3637</sup> vgl.: ebd.: 3.

den sachlichen Notwendigkeiten gemäße Unterstützung rund um die Uhr leisten<sup>3638</sup>. Hat die Krankenschwester die Krankenhaussozialarbeiterin über Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes aufgeklärt, hat sie zugleich auf die Befürchtung verwiesen, die sie angesichts der nahenden Entlassung in ungeordnete häusliche Verhältnisse hegt: Die an Diabetes erkrankte, desorientierte und alleinlebende Seniorin kann jederzeit Schaden nehmen. Das Krankheitsgeschehen und die Krankheitsbearbeitung können jederzeit außer Kontrolle geraten. Eine den Regeln der Kunst gemäße Einnahme der Mahlzeiten ist im Einzelfall weder durch Selbstkontrolle, noch durch Fremdkontrolle eines familialen Netzwerkes, noch durch Fremdkontrolle des gemeindlichen Pflegedienstes gewährleistet<sup>3639</sup>.

- Nach Auskunft der Krankenschwester sind im Gespräch mit der Krankenhaussozialarbeiterin auch **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeinnützigen Pflegevereins** thematisiert worden, dessen regionaler Wirkungskreis sich mit dem lokalen Wirkungskreis des gemeindlichen Pflegedienstes überschneidet. Die Krankenschwester berichtet, sich im Gespräch mit der Krankenhaussozialarbeiterin gegen eine für sie konfliktträchtige **Form** ausgesprochen zu haben, eine Zusammenarbeit zwischen gemeindlichem Pflegedienst und gemeinnützigem Pflegeverein anzubahnen. Sie erklärt, befürchtet zu haben, sich in einen manifesten Loyalitätskonflikt zu verwickeln: Wenn dem gemeinnützigen Pflegeverein seitens der Gemeinde die Anerkennung als förderungswürdige Organisationsform ambulanter Pflege verweigert wird, dann wird eine seitens des gemeindlichen Pflegedienstes vermittelte Kontaktaufnahme geleistete Anerkennung zu einem Politikum. Die Krankenschwester berichtet nicht, sich im Gespräch mit der Krankenhaussozialarbeiterin **inhaltlich** gegen eine Zusammenarbeit zwischen gemeindlichem Pflegedienst und gemeinnützigem Pflegeverein ausgesprochen zu haben und angekündigt zu haben, sie würde ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins zum Anlass nehmen, das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes zu beenden. Anzunehmen ist: Sie hat den Ausbau des Helferkreises nicht als Frage der Möglichkeit, sondern als Frage der Notwendigkeit behandelt, ohne sich in der Frage der Auswahl der zweiten Helferfigur festzulegen<sup>3640</sup>.

---

<sup>3638</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3639</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>3640</sup> vgl.: ebd.: 3.

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat zwar die Heimpflege, nicht aber die **ambulante Pflege** als Möglichkeit besprochen, Tag und Nacht formelle Pflege leisten zu lassen. Der Erzählung der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat Möglichkeiten ambulanter Pflege behandelt, einerseits das alleinige Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes, andererseits das gemeinsame Engagement beider ambulanter Pflegeorganisationen. Sie ist von der Annahme ausgegangen: Weder im Falle eines alleinigen Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes, noch im Falle eines gemeinsamen Engagements beider ambulanter Pflegedienste wird Tag und Nacht formelle Pflege geleistet. Den Fall eines alleinigen Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes antizipierend, hat sie ein formelles Pflegeprogramm mit zwei Einsätzen pro Einsatztag in Aussicht gestellt: mit einem Einsatz zur Morgenzeit und einem Einsatz zur Mittagszeit. Den Fall eines gemeinsamen Engagements beider ambulanter Pflegedienste antizipierend, hat sie ein formelles Pflegeprogramm mit vier Einsätzen pro Einsatztag unterstellt: mit jeweils einem Einsatz am Morgen, am Vormittag, am Mittag und am Abend. Sie hat angenommen, dass beide Pflegeorganisationen jeweils zwei Einsätze pro Einsatztag übernehmen<sup>3641</sup>. Sie ist vermutlich der Auffassung gewesen: Wenn eine Person Tag und Nacht pflegebedürftig ist, dann kann sie **ohne** informelle Pflege, nur **mit** formeller Pflege auf Dauer nicht im häuslichen Kontext verweilen<sup>3642</sup>. Ist eine Pflege im Hause der pflegebedürftigen Person als Übergangslösung zu betrachten, ist es angezeigt, nach einer geeigneten Dauerlösung zu suchen. Entfällt die Möglichkeit zur Pflege im Hause der Angehörigen, bleibt nur die Möglichkeit der Heimpflege.
- Wie ist es aus Sicht der Krankenschwester um die **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements gewerblich tätiger Pflegepersonen** oder gewerblich tätiger **Pflegeorganisationen** bestellt (gewesen)? Die Möglichkeiten gewerblicher Pflege können einerseits durch Bedingungen auf Seiten der Nachfrage, d.h. durch mangelnde Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft, andererseits durch Bedingungen auf Seiten des Angebotes, d.h. durch das Einsatzgebiet und das Leistungsprofil, begrenzt sein. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Im häuslichen Kontext lässt sich relative Sicherheit durch Anwesenheit von Personen herstellen. Vorrangig ist aber die Anwesenheit von Mitgliedern des familialen Netzwerkes geboten, wenn im häuslichen Kontext zur

---

<sup>3641</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3642</sup> vgl.: ebd.: 45.



Nachtzeit relative Sicherheit durch Anwesenheit von Personen hergestellt werden soll<sup>3643</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie glaubt zwar, dass sich durch Engagement gewerblich tätiger Pflegepersonen „**eine Ganztagsbetreuung**“<sup>3644</sup> im häuslichen Kontext gewährleisten lässt. Sie glaubt aber nicht, dass sich durch Engagement gewerblich tätiger Pflegepersonen auch eine **Betreuung zur Nachtzeit** im häuslichen Kontext sicherstellen lässt<sup>3645</sup>. Die Krankenschwester ist vermutlich der Ansicht gewesen: Je höher die Einwohnerzahl einer Gemeinde ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass gewerbliche Pflege angeboten wird. Eine Suchaktion am Wohnort der Angehörigen ist erfolgversprechender als eine Suchaktion am Wohnort der pflegebedürftigen Person. Denkbar ist: Die Krankenschwester hat entschieden, die Möglichkeiten und Grenzen gewerblicher Pflege ausschließlich im Gespräch mit der Angehörigen zu behandeln. Wie sind die Erfolgsaussichten einer Suchaktion einzuschätzen? Wie ist es um die Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft bestellt?

Wie stellt sich der **Erstbesuch im Krankenhaus**, basierend auf den seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **im Detail** betrachtet dar? Die Aufmerksamkeit auf die **erste Fallbesprechung** lenkend, erzählt die Krankenschwester: Die Krankenhaussozialarbeiterin habe mitgeteilt, dass geplant sei, die Patientin im Laufe der Woche zu entlassen. Auf einen extrem hohen **Bedarf** an Unterstützung verweisend, habe die Krankenhaussozialarbeiterin erklärt: Die Patientin sei insulinpflichtige Diabetikerin und in einem Ausmaß „sklerotisch, daß [sic.] sie nicht mehr alleine nach Hause kann“<sup>3646</sup>. Erste Hinweise auf begrenzte Möglichkeiten informeller **Bedarfsbearbeitung** gebend, habe die Krankenhaussozialarbeiterin erklärt: Die Patientin lebe alleine, sei kinderlos, habe keine „im nahen Umfeld“<sup>3647</sup> wohnenden Angehörigen, sondern habe „nur eine Nichte“<sup>3648</sup>, deren Wohnsitz außerhalb des Wohnortes der Patientin gelegen sei. Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester der Krankenhaussozialarbeiterin mitgeteilt: „Ist gut. Ich möchte mir die Frau erstmal angucken“<sup>3649</sup>.

Wie ist die **erste Begegnung mit der Seniorin** nach Darstellung der Krankenschwester **im Detail** verlaufen? Die Krankenschwester erzählt: Die Seniorin habe auf der Bettkante

---

<sup>3643</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>3644</sup> ebd.: 8; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3645</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>3646</sup> ebd.: 1.

<sup>3647</sup> ebd.: 1.

<sup>3648</sup> ebd.: 1.

<sup>3649</sup> ebd.: 1.

gegessen, habe sich „mit einem Stock die Haare gekämmt“<sup>3650</sup> und habe ein „Margarinedöschen ausgeleckt“<sup>3651</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Die Seniorin sei „total verwirrt“<sup>3652</sup> gewesen. Die Krankenschwester schildert: Sie habe die Seniorin beobachtet und „habe einen Schrecken bekommen“<sup>3653</sup>. Sie habe sich „gedacht: Lieber Gott, was kommt da auf Dich zu? Also die kann in meinen Augen nicht mehr alleine nach Hause“<sup>3654</sup>. Sie sei sich beim Anblick der Seniorin bewusst gewesen: „Die braucht eine Betreuung rund um die Uhr“<sup>3655</sup>. Sie sei sich beim Anblick der Seniorin ferner bewusst gewesen: „Ich kann mich nicht rund um die Uhr um die Frau kümmern. Annehmen und das Größte machen, ja, aber dann muß [sic.] irgendwie etwas in die Wege geleitet werden, daß [sic.] es weitergeht“<sup>3656</sup>.

Und wie lässt sich das im Rahmen der **zweiten Fallbesprechung** geführte **Gespräch mit der Stationsschwester** nach Angaben der Krankenschwester **im Detail** rekonstruieren? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe erfahren, dass zur Morgenzeit Insulin gespritzt und das Frühstück zubereitet werden müsste. Sie habe ferner erfahren, dass die Seniorin zur Morgenzeit nicht gewaschen werden muss, sondern bloß aufgefordert werden muss, die Morgentoilette zu verrichten. Sie sei sich bewusst gewesen, dass der Seniorin zur Mittagszeit ein Mittagessen angeboten werden muss<sup>3657</sup>. Die Stationsschwester habe betont, dass eine Betreuung „rund um die Uhr“<sup>3658</sup> angezeigt sei. Die Vermutung liegt nahe: Die Krankenschwester hat sich nicht veranlasst gesehen, jener Bedarfseinschätzung zu widersprechen, welche die Stationsschwester formuliert hat.

Wie ist das im Rahmen der zweiten Fallbesprechung geführte **Gespräch mit der Krankenhaussozialarbeiterin** nach Aussage der Krankenschwester **im Detail** verlaufen? Die Krankenschwester erzählt: Die Krankenhaussozialarbeiterin habe im Schwesternzimmer auf die Existenz jener entfernt lebenden Angehörigen verwiesen. Sie habe die Bemerkung geäußert: „Da ist doch noch eine Nichte“<sup>3659</sup>. Sie habe es aber unterlassen, sich ungefragt zu den **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der Angehörigen** zu äußern. Erst auf Nachfrage, wie sich jene Angehörige die Sicherstellung der Pflege vorstelle, habe sie mitgeteilt, mit jener Angehörigen nicht gesprochen zu haben. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester der

---

<sup>3650</sup> ebd.: 1.

<sup>3651</sup> ebd.: 2.

<sup>3652</sup> EPI 8.2: 26.

<sup>3653</sup> EPI 8: 1.

<sup>3654</sup> ebd.: 2.

<sup>3655</sup> EPI 8.2: 26.

<sup>3656</sup> ebd.: 35.

<sup>3657</sup> EPI 8: 2.

<sup>3658</sup> ebd.: 6.

<sup>3659</sup> ebd.: 2.

Krankenhaussozialarbeiterin entgegnet: „Und dann wollen Sie die Frau nach Hause lassen? Das ist doch Ihre Aufgabe, sich darum zu kümmern, daß [sic.] die Frau in geordnete Verhältnisse nach Hause kommt oder von hier aus in ein Heim kommt“<sup>3660</sup>. Die Krankenhaussozialarbeiterin hat nach Angaben der Krankenschwester erwidert: „Wenn kein Interesse bei der Nichte da ist und so ein Desinteresse in der Familie, dann kann ich auch nichts machen“<sup>3661</sup>. Die Krankenschwester erzählt, sie habe „gedacht: mich hat es um“<sup>3662</sup> und sie habe gesagt: „Also jetzt soll ich dann zusehen, wie ich die Frau unterkriege?“<sup>3663</sup>. Die Krankenhaussozialarbeiterin hat nach Auskunft der Krankenschwester erklärt: Sie hätte auch auf eine **Heimpflege** gebaut, „aber die Familie stellt sich quer“<sup>3664</sup>. Den Prozess der ihrerseits geleisteten Aufklärung über **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Sie habe der Krankenhaussozialarbeiterin erstens mitgeteilt, dass das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes einen Einsatz zur Morgenzeit und einen Einsatz zur Mittagszeit durchführen kann. Sie habe zweitens betont, dass das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes beim Einsatz zur Morgenzeit zwar die Verabreichung der Insulininjektion und die Zubereitung des Frühstücks übernehmen kann, dass es aber nicht die Einnahme des Frühstücks kontrollieren kann<sup>3665</sup>. Sie habe drittens verdeutlicht, dass das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes beim Einsatz zur Mittagszeit keineswegs die Zubereitung des Mittagessens übernehmen kann, sondern allenfalls die Einnahme des Mittagessens kontrollieren kann<sup>3666</sup>. Sie habe viertens erklärt, dass es zwar machbar ist, das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes ausgewählte Unterstützungsleistungen zu ausgewählten Tageszeiten erbringen zu lassen, dass es aber nicht machbar ist, das Personal rund um die Uhr Unterstützung leisten zu lassen<sup>3667</sup>. Den Prozess der Besprechung von **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeinnützigen Pflegevereins** rekonstruierend, erzählt die Krankenschwester: Die Krankenhaussozialarbeiterin habe auf dem Weg ins Büro auf die Existenz des gemeinnützigen Pflegevereins verwiesen. Sie habe der Krankenhaussozialarbeiterin „gesagt: Ich kann den nicht benachrichtigen“<sup>3668</sup>. Sie habe nicht nur mitgeteilt, dass sie es ablehne, selber mit dem gemeinnützigen Pflegeverein Kontakt aufzunehmen, sondern sie habe jene Ablehnung auch erläutert. Sie habe die Ablehnung mit der Befürchtung

---

<sup>3660</sup> ebd.: 2.

<sup>3661</sup> ebd.: 3.

<sup>3662</sup> ebd.: 3.

<sup>3663</sup> ebd.: 3.

<sup>3664</sup> EPI 8.2: 26.

<sup>3665</sup> EPI 8: 3.

<sup>3666</sup> vgl.: ebd.: 2f.

<sup>3667</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3668</sup> ebd.: 3.

begründet, seitens der Gemeindeverwaltung gerügt zu werden, wenn entdeckt würde, dass sie den gemeinnützigen Pflegeverein verständigt hätte. Ihre Befürchtung begründend, habe sie der Sozialarbeiterin mitgeteilt, dass die Gemeinde es als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes ablehne, die Existenz des gemeinnützigen Pflegevereins zu unterstützen. Die Sozialarbeiterin habe sich dann bereit erklärt, selber mit dem gemeinnützigen Pflegeverein Kontakt aufzunehmen, und die Krankenschwester habe dann die Bereitschaft erklärt, der Angehörigen mitzuteilen, die Sozialarbeiterin hätte vorgeschlagen, den gemeinnützigen Pflegeverein zu engagieren. Die Krankenschwester habe betont, dass das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes zwei Einsätze pro Tag übernehmen kann, einen zur Vormittagszeit und einen zur Mittagszeit, dass aber weitergehende Unterstützung organisiert werden muss, um zwei weitere Einsätze pro Tag bieten zu können, einen zur Vormittagszeit und einen zur Abendzeit. Die Sozialarbeiterin habe Verständnis bekundet<sup>3669</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Sie habe **zwei Gespräche mit der Angehörigen** geführt. Das erste Gespräch, ein Telefongespräch, habe unmittelbar im Anschluss an den Erstbesuch im Krankenhaus stattgefunden<sup>3670</sup>. Das zweite Gespräch, ein Gespräch von Angesicht zu Angesicht, sei unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erfolgt. Es habe während des Erstbesuches in der Häuslichkeit stattgefunden<sup>3671</sup>. Jene Gespräche rekonstruierend, bietet die Krankenschwester zwei Erzählungen an. Wie lassen sich jene Gespräche, basierend auf den seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **zusammenfassend** darstellen?

- Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage, mit der Angehörigen über den Zustand der Seniorin und über die Zustandsfolgen kommunizierend, den **Bedarf** und die **Bedarfsbearbeitung** thematisiert. Sie hat die Angehörige nach eigenen Angaben aufgeklärt, dass die Verfassung der Seniorin in einem Ausmaß beeinträchtigt ist, dass Tag und Nacht Betreuungsbedarf besteht<sup>3672</sup>. Die Angehörige hat nach Aussage der Krankenschwester die Auffassung vertreten: Ein Zustand geistiger Verwirrtheit ist „kein Zustand“<sup>3673</sup>, mit dem sich in der Häuslichkeit leben lässt. Den Personen, die gefordert sind, einer verwirrten Person ein Leben in der Häuslichkeit zu ermöglichen, wird eine Belastung und Verantwortung aufgebürdet, die „nicht zumutbar“<sup>3674</sup> ist. Die Angehörige hat

---

<sup>3669</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3670</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>3671</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>3672</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3673</sup> ebd.: 11.

<sup>3674</sup> ebd.: 11.

möglicherweise weder zwischen häuslichen Pflegekontexten, d.h. zwischen einer Pflege im Haus der pflegebedürftigen Person und einer Pflege im eigenen Haus, noch zwischen Pflegepersonen unterschieden, die sie, in der Häuslichkeit agierend, in unzumutbarer Weise gefordert gesehen hat. Die Krankenschwester hat der Angehörigen nach eigener Aussage erklärt: Wenn die Seniorin in einem Zustand geistiger Verwirrtheit im eigenen Hause verweilt, dann ist in erster Linie das in der Nähe arbeitende Pflegepersonal und nicht die in der Ferne lebende Angehörige einer unzumutbaren Belastung und Verantwortung ausgesetzt<sup>3675</sup>.

- Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester die Angehörige über **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes** aufgeklärt. Sie hat nach eigenen Angaben verdeutlicht: Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes kann im Rahmen begrenzter organisatorischer Möglichkeiten regelmäßig **Einsätze zur Vormittagszeit** leisten. Die Vormittagszeit ist reguläre Arbeitszeit des Personals. Angesichts der Begrenztheit seiner organisatorischen Möglichkeiten kann das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes jedoch keine regelmäßigen **Einsätze zur Nachtzeit** leisten. Die Nachtzeit ist reguläre Erholungszeit des Personals<sup>3676</sup>. Zwar zählt auch die Mittagszeit zur regulären Erholungszeit des Personals. **Einsätze zur Mittagszeit** sind jedoch bedingt leistbar. Das Personal kann die eigene Mittagspause als verzichtbare Größe besprechen und als verschiebbare Größe behandeln<sup>3677</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage die Bereitschaft erklärt, sich für „kurze Zeit“<sup>3678</sup> auf das Experiment einzulassen<sup>3679</sup>, die in einem Zustand geistiger Verwirrtheit alleinlebende Seniorin im Rahmen begrenzter organisatorischer Möglichkeiten im häuslichen Kontext zu betreuen. Die Krankenschwester hat die Angehörige nach eigenen Angaben über Bedingungen aufgeklärt, die sie zum Anlass nehmen würde, das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes zu beenden und die eigene Mitverantwortung aufzukündigen: Sie registriert eine Stagnation im Zustand der Patientin. Sie konstatiert einen Zwischenfall, der sich zur Nachtzeit ereignet, derweil die Patientin hilflos und unbeaufsichtigt ist<sup>3680</sup>. Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester die Angehörige auch auf **Möglichkeiten und Grenzen eines**

---

<sup>3675</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>3676</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3677</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>3678</sup> ebd.: 7f.

<sup>3679</sup> vgl.: ebd.: 7f.

<sup>3680</sup> vgl.: ebd.: 8.

**Engagements des gemeinnützigen Pflegevereins** aufmerksam gemacht<sup>3681</sup>.

Die Krankenschwester ist sich vermutlich bewusst gewesen: Der gemeindliche Pflegedienst ist in seinen Möglichkeiten, Zeit pro Einsatz zu reservieren, zwar ungleich begrenzter als der gemeinnützige Pflegeverein. Aber auch einem Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins sind Grenzen gesetzt.

- Die Krankenschwester ist vermutlich der Auffassung: Wenn eine Person Tag und Nacht betreuungsbedürftig ist, dann ist deren Chance, dauerhaft in einem häuslichen Kontext verweilen zu können, in Fällen mit formeller und informeller Betreuung größer als in Fällen mit ausschließlich formeller Betreuung. Nach Darstellung der Krankenschwester ist in den Gesprächen mit der Angehörigen deutlich geworden: Der Tag und Nacht umfassende Betreuungsbedarf bleibt sowohl im Falle eines alleinigen Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes, als auch im Falle eines gemeinsamen Engagements beider ambulanter Pflegedienste ungedeckt, wenn die vereinbarte formelle Betreuung nicht mit informeller Betreuung verknüpft wird. Hat die Krankenschwester **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der Angehörigen** erkundet? Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester der Angehörigen nicht nur erklärt: Sie selber plane, die Pflege im Hause der Seniorin zu beenden, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllt sieht. Nach eigener Auskunft hat die Krankenschwester der Angehörigen auch erklärt: Die Angehörige kann der Entscheidung, die Pflege im eigenen Hause fortzusetzen oder in einem Heim fortsetzen zu lassen, nur bedingt ausweichen. Würde die Angehörige sich im Notfall für die **Pflege im eigenen Hause** entscheiden, hätte sie die Möglichkeit durch gewerbliche Pflege eine ganztägige Betreuung sicherstellen zu lassen. Eine Entscheidung gegen die Pflege im eigenen Hause würde notfalls die Entscheidung für die **Heimpflege** erforderlich machen<sup>3682</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage unterstellt: Der häuslichen Pflege den Vorrang vor einer Heimpflege einräumend, erklärt die Angehörige sich bereit, die Pflege notfalls zumindest probeweise im eigenen Hause fortzusetzen, und erklärt damit die Bereitschaft, das ältere Familienmitglied im eigenen Hause nicht nur am Tag betreuen zu lassen, sondern auch zur Nacht selber zu betreuen. Die Krankenschwester hat sich nach eigenen Angaben gefordert gesehen, jene Unterstellung als unhaltbar zu verwerfen<sup>3683</sup>.

---

<sup>3681</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>3682</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3683</sup> vgl.: ebd.: 46.

- Die Krankenschwester berichtet nicht, mit der Angehörigen vereinbart zu haben, dass diese die Betreuung während der ersten Nacht oder gar während der ersten Nächte im Hause der Patientin übernimmt<sup>3684</sup>. Die Krankenschwester berichtet auch nicht, den **Anspruch**, dass die Angehörige übergangsweise die Betreuung während der Nachtzeit im Hause der Patientin sicherstellt, offen formuliert zu haben. Hat die Krankenschwester stillschweigend den Anspruch gehegt, dass die Angehörige übergangsweise die Betreuung zur Nachtzeit im Hause der Patientin übernimmt? Hat sie unterstellt, jenen Anspruch implizit verdeutlicht zu haben? Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester der Angehörigen erklärt, dass die Betreuung zur Nachtzeit gewährleistet sein muss und dass eine unterlassene Betreuung zur Nachtzeit riskant ist<sup>3685</sup>. Sie hat der Angehörigen nach eigener Aussage ferner zu verstehen gegeben: Ihre Bereitschaft, als Pflegekraft Einsätze zur Mittagszeit zu übernehmen, zeugt von ihrer Bereitschaft, auf eine Mittagspause (zur rechten Zeit) zu verzichten, um einer älteren Person, die **nicht** dem eigenen Familienverband angehört, relative Sicherheit im häuslichen Kontext zu verschaffen<sup>3686</sup>. Hat sie, auf jene eigene Bereitschaft zu persönlicher Verzichtleistung verweisend, der Angehörigen auch zu verstehen geben wollen, die Angehörige soll die Bereitschaft erklären, zumindest übergangsweise auf einen ungestörten Nachtschlaf zu verzichten, um einen Beitrag zu leisten, einem älteren Mitglied **der eigenen Familie** ein in relativer Sicherheit verlaufendes Leben in dessen Haus zu ermöglichen?

Wie stellen sich jene Gespräche, basierend auf den seitens der Krankenschwester angebotenen Erzählungen, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erklärt: Die Patientin habe sich in der erzählten Zeit beider Gespräche in einem „**Zustand**“<sup>3687</sup> geistiger Desorientierung befunden. Den Erzählungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie ist sich in der erzählten Zeit beider Gespräche in der Beurteilung des geistigen Zustands der Patientin mit der Angehörigen einig gewesen. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe der Angehörigen im Verlauf des ersten Gespräches mitgeteilt, die Sozialarbeiterin habe sie verständigt, die Seniorin werde in die Häuslichkeit entlassen. Sie habe die Angehörige gefragt, wie sie sich die Bearbeitung der Situation in der Zeit nach jener Entlassung vorstelle. Die Angehörige habe geantwortet: „In dem Zustand kann sie nicht nach Hause. Da muß [sic.] ich erst einmal

<sup>3684</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3685</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3686</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>3687</sup> EPI 8: 15; EPI 8.2: 26; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

mit der sprechen"<sup>3688</sup>. Die Krankenschwester äußert die Vermutung: Die Angehörige wollte auf jene Entscheidung Einfluss nehmen und eine Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes erwirken. Die Krankenschwester schildert: Die Seniorin sei ohne Aufschub entlassen worden. Sie habe die Seniorin während des Erstbesuches in der Häuslichkeit wiederum als „total desorientiert“<sup>3689</sup> erlebt. Auf jenen Zustand der Seniorin deutend, habe die Angehörige im Verlauf jenes zweiten Gespräches immer wiederholt<sup>3690</sup>: „Gucken Sie sich den Zustand an! Das ist doch kein Zustand! Ist doch nicht zumutbar!“<sup>3691</sup>. „So kann sie doch nicht nach Hause! So können sie sie doch nicht entlassen! Wie stellen die sich denn das vor?“<sup>3692</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage entgegnet: „Ja, aber von uns erwarten Sie, daß [sic.] wir das machen“<sup>3693</sup>.

Die Krankenschwester hat die Angehörige nach eigener Aussage aufgeklärt, dass die Seniorin in Anbetracht ihres beeinträchtigten Zustands sowohl einer Ganztagsbetreuung, als auch einer Betreuung zur Nachtzeit **bedarf**<sup>3694</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht, mit der Angehörigen über die künftige **Bedarfsbearbeitung** gesprochen zu haben. Wie ist der Prozess der Aufklärung über **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeindlichen Pflegedienstes** nach Angaben der Krankenschwester **im Detail** verlaufen? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe der Angehörigen im Verlauf des ersten Gespräches zu verstehen gegeben, dass das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes keinen Nachtdienst leisten werde. Sie habe die Angehörige belehrt, die Seniorin könne Schaden nehmen, wenn der zur Nachtzeit bestehende Betreuungsbedarf ungedeckt bleibe<sup>3695</sup>. Sie habe die Angehörigen wissen lassen, sie „mache das kurze Zeit mit“<sup>3696</sup>. Sie habe den befürchteten Zwischenfall zur Nachtzeit nicht nur beschrieben, sondern habe auch angekündigt: Wenn sich ein Zwischenfall zur Nachtzeit ereignet, ohne dass sich eine Person in der Wohnung aufhält, die Hilfe leisten oder organisieren könnte, dann begleitet sie die hilfsbedürftige Seniorin persönlich in die Häuslichkeit der Angehörigen . „Ich bringe Sie Ihnen eigenhändig nach Hause“<sup>3697</sup>. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie habe der Angehörigen im Verlauf des zweiten Gespräches mitgeteilt, dass die Patientin keine Gewähr für ein den Regeln der Kunst gemäßes Essverhalten biete und zur Mittagszeit in näherer Zukunft nicht unbeaufsichtigt

---

<sup>3688</sup> EPI 8: 37.

<sup>3689</sup> ebd.: 15.

<sup>3690</sup> vgl.: ebd.: 11, 40.

<sup>3691</sup> ebd.: 11.

<sup>3692</sup> ebd.: 40.

<sup>3693</sup> ebd.: 11.

<sup>3694</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3695</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3696</sup> ebd.: 7f.

<sup>3697</sup> ebd.: 8.



bleiben könne. Sie habe die Angehörige informiert, dass sie einen Einsatz zur Mittagszeit übernehmen könne, weil sie zu jener Tageszeit „mehr Leerlauf habe“<sup>3698</sup>, um Aufsicht zu leisten und das Essverhalten zu kontrollieren. Sie habe der Angehörigen erklärt, dass sich jener Einsatz zur Mittagszeit zwar mit der eigenen Mittagspause überschneiden oder decken werde, dass sie aber lieber auf jene sich ihr in Gestalt der eigenen Mittagspause bietende Erholungsmöglichkeit verzichte, als jene Kontrolle des Essverhaltens zu unterlassen<sup>3699</sup>.

Wie lässt sich der Prozess der Besprechung von **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements des gemeinnützigen Pflegevereins** nach Darstellung der Krankenschwester **im Detail** rekonstruieren? Die Krankenschwester erzählt: Sie habe der Angehörigen im **Verlauf des ersten Gespräches** mitgeteilt, die Sozialarbeiterin des Krankenhaussozialdienstes hätte sie „informiert, da wäre noch eine Möglichkeit, aber -“<sup>3700</sup>. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester der Angehörigen zu verstehen gegeben: Ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins stellt eine Möglichkeit dar, unterliegt aber Begrenzungen. Denkbar ist: Die Krankenschwester hat den Versuch, Begrenzungen zu präzisieren, in der erzählten Zeit abgebrochen. Welche Präzisierungen wären denkbar gewesen? Die Krankenschwester hätte erstens erklären können: Sie betrachtet ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins als eine Möglichkeit, die es ihr erleichtern würde, sich auf den Versuch einzulassen, eine alleinlebende Person mit einem Tag und Nacht umfassenden Betreuungsbedarf im häuslichen Kontext zu betreuen, nicht aber als Garantie dafür, dass jener Versuch gelingt. Die Krankenschwester hätte zweitens erklären können: Sie betrachtet ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins als eine Möglichkeit, die Lückenhaftigkeit der Bedarfsdeckung durch formelle Betreuung zu mindern, nicht aber als eine Möglichkeit, eine lückenlose Bedarfsdeckung durch formelle Betreuung zu gewährleisten. Die Krankenschwester hätte drittens erklären können: Sie betrachtet ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins zwar als eine Möglichkeit, ist sich aber nicht nur möglicher Einschränkungen auf Seiten der Pflegeorganisation, sondern auch möglicher Einschränkungen auf Seiten der Privatpersonen bewusst. Die Krankenschwester hätte viertens erklären können: Sie rät, jene sich in Gestalt des gemeinnützigen Pflegevereins bietende Möglichkeit zu nutzen, ist aber im Gegensatz zur Angehörigen nicht berechtigt, eine Entscheidung für den Versuch zu fällen, den gemeinnützigen Pflegeverein zu engagieren, und sie ist im Gegensatz zur Sozialarbeiterin nicht gewillt, ein Engagement

---

<sup>3698</sup> ebd.: 36.

<sup>3699</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>3700</sup> ebd.: 37.

des gemeinnützigen Pflegevereins zu bahnen<sup>3701</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Aussage **im Verlauf des zweiten Gespräches** erfahren: Die Angehörige hat den gemeinnützigen Pflegeverein engagiert, sich zusätzlich zum gemeindlichen Pflegedienst zu engagieren<sup>3702</sup>. Wie hat die Krankenschwester auf die Ankündigung der Angehörigen reagiert, das formelle Unterstützungsprogramm nicht auf das alleinige Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes gründen zu wollen? Nach eigenen Angaben hat die Krankenschwester der Angehörigen erklärt: Sie begrüße deren Entscheidung, nicht nur auf das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes, sondern auch auf ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins zu bauen. Die Krankenschwester hat im Verlaufe des zweiten Gespräches ferner erfahren: Der gemeinnützige Pflegeverein soll sich mit zwei Einsätzen pro Einsatztag und mit zwei Stunden pro Einsatz am formellen Unterstützungsprogramm beteiligen<sup>3703</sup>.

Wie ist der Prozess der Erkundung von **Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der Angehörigen** nach Auskunft der Krankenschwester **im Detail** verlaufen? Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester die Angehörige aufgeklärt: Wenn sich keine Zustandsverbesserung beobachten lässt oder wenn sich im Falles eines Zwischenfalles zur Nachtzeit kein Helfer in der Wohnung aufhält, dann entfällt die Möglichkeit, die Pflege und Betreuung im Hause der Seniorin fortzusetzen, und dann bleibt die Möglichkeit, die Pflege und Betreuung entweder im Hause der Angehörigen oder in einem Heim fortzusetzen. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester der Angehörigen erklärt: Es bestehe die Möglichkeit, eine Pflegerin zu engagieren, die im Hause der Angehörigen auf gewerblicher Basis Ganztagsbetreuung leistet. Die Krankenschwester hat der Angehörigen vermutlich implizit angedeutet, der Ansicht zu sein: Es bestehe keine Möglichkeit, eine Pflegerin zu engagieren, die im Hause der Angehörigen auf gewerblicher Basis auch nachts Betreuung leistet<sup>3704</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben zwar gedacht, die Angehörige hätte erklärt: „Wenn es gar nicht geht, dann muß [sic.] ich die Tante zu mir nehmen, probieren wir es doch erstmal“<sup>3705</sup>. Die Angehörige hat nach Auskunft der Krankenschwester jedoch „nicht ein Wort“<sup>3706</sup> verlauten lassen, das auf die Bereitschaft hätte schließen lassen, das Experiment notfalls zumindest probeweise in der eigenen Häuslichkeit fortzusetzen. Nach Aussage der Krankenschwester hat sich weder eine Vereinbarung schließen lassen, die Fortsetzung der **Pflege im Hause der Angehörigen** zu erproben,

---

<sup>3701</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>3702</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3703</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3704</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3705</sup> ebd.: 46.

<sup>3706</sup> ebd.: 46.

wenn sich eine Fortsetzung der Pflege im Hause der Seniorin als „nicht tragbar“<sup>3707</sup> erweisen sollte, noch hat sich vereinbaren lassen, die **Pflege im „Heim“**<sup>3708</sup> zu bahnen. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Angehörige keine Einwilligung in die Heimpflege ausgesprochen<sup>3709</sup>, sondern hat sich selber als nicht entscheidungsberechtigt<sup>3710</sup> und die Seniorin als nicht entscheidungsfähig bezeichnet<sup>3711</sup>.

Die Krankenschwester erzählt: Sie habe, basierend auf der Entscheidung der Angehörigen, nicht nur auf das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes, sondern auch auf ein Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins zu bauen, die **Verteilung von Aufgaben** auf die engagierten Pflegeorganisationen thematisiert. Sie habe mit der Angehörigen vereinbart: Der gemeindliche Pflegedienst werde jeweils zwei Einsätze pro Einsatztage durchführen, einen zur Morgenzeit und einen zur Mittagszeit. Aufgabe des gemeindlichen Pflegedienstes werde sein, der Seniorin das Insulin zu verabreichen<sup>3712</sup>, die Einnahme der Mittagsmahlzeit zu beaufsichtigen<sup>3713</sup> (EPI8: 36) und ihr derweil Gesellschaft zu leisten. Sie habe mit der Angehörigen ferner vereinbart: Auch der gemeinnützige Pflegeverein werde zwei Einsätze pro Einsatztage durchführen, den ersten zur Morgenzeit, den zweiten zur Abendzeit. Er werde pro Einsatz zwei Stunden reservieren. Nach Darstellung der Krankenschwester ist vereinbart worden: Der Betreuungsbedarf am Tag wird zumindest ansatzweise durch formelle Betreuung gedeckt<sup>3714</sup>. Der nachts bestehende Betreuungsbedarf wird nicht durch formelle Betreuung gedeckt: auch nicht ansatzweise<sup>3715</sup>.

Welche **Ziele** hat die Krankenschwester sich in der erzählten Zeit gesetzt? Die Krankenschwester erklärt: Als sie in den Gesprächen mit der Angehörigen die Position vertreten habe, eine **Heimpflege** sei als Pflegealternative in Betracht zu ziehen, habe sie die Seniorin „nicht in ein Heim abschieben“<sup>3716</sup> wollen. Sie habe sie vielmehr wegen des „nachts und so“<sup>3717</sup> bestehenden Pflegebedarfs „**gut versorgt**“<sup>3718</sup> wissen wollen. Als sie allerdings jene Position bezogen habe, habe sie die Sympathie der Angehörigen verloren. Umgekehrt habe sie selber die Angehörige als unsympathisch empfunden, als diese die Position vertreten habe, die Seniorin muss die Entscheidung für eine

---

<sup>3707</sup> ebd.: 8.

<sup>3708</sup> ebd.: 8; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3709</sup> vgl.: 7, 11.

<sup>3710</sup> vgl.: ebd.: 11.

<sup>3711</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>3712</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3713</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>3714</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3715</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3716</sup> ebd.: 34.

<sup>3717</sup> ebd.: 34.

<sup>3718</sup> ebd.: 34; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

Heimpflege selber fällen<sup>3719</sup>. Die Krankenschwester hat der Angehörigen nach eigener Aussage zu verstehen gegeben, dass eine Zustandsverbesserung zwar ein denkbares Ziel **häuslicher Pflege** darstellt, dass sich eine Zielerreichung aber nicht garantieren lässt. Sie hat nach eigenen Angaben erklärt: Es sei zwar geboten, sich um eine Zustandsverbesserung zu bemühen. Aber eine Zustandsverbesserung lasse sich nicht versprechen. Eine Zustandsverschlechterung könne jederzeit eintreten<sup>3720</sup>. Die Krankenschwester hat in der erzählten Zeit vermutlich das Ziel gewählt, häusliche Pflege, soweit leistbar, „gut“<sup>3721</sup> zu leisten, damit sie selber „**ein ruhiges Gewissen hat**“<sup>3722</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe, den Zustand geistiger Desorientierung als Dauerzustand antizipierend<sup>3723</sup> und die fehlende Bereitschaft jener Angehörigen in Rechnung stellend, einer Pflege und Betreuung im eigenen Hause zuzustimmen<sup>3724</sup>, den „Weg zum Altenheim“<sup>3725</sup> antizipiert.

## 8.2.2. Der Fortgang der Fallbearbeitung: Interaktionen zwischen Pflegefachkraft und Angehörigen

### 8.2.2.1. Die Pflegeeinsätze als Interaktionskontext

Zwischen der Krankenschwester und ausgewählten Angehörigen der zu pflegenden Person hat es in der Zeit nach dem Erstbesuch vermutlich mindestens einen Telefonkontakt gegeben<sup>3726</sup>. Kontakte von Angesicht zu Angesicht werden nicht eigens erwähnt. Möglicherweise hat die Krankenschwester ausschließlich die **außerhalb des Ortes** lebende Nichte, nicht aber den am Ort lebenden Bruder der Seniorin als Kontaktperson betrachtet. Die Krankenschwester verdeutlicht: Ihre von Anfang an verspürte Antipathie wider die Person der Nichte<sup>3727</sup> hat sich im Verlaufe der Zeit verfestigt<sup>3728</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, sich dem Urteil der Sozialarbeiterin, jene Angehörige lasse „kein Interesse“<sup>3729</sup> erkennen, im Verlaufe der

---

<sup>3719</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>3720</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>3721</sup> ebd.: 60; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3722</sup> ebd.: 60; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3723</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>3724</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>3725</sup> ebd.: 45.

<sup>3726</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>3727</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>3728</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>3729</sup> ebd.: 3.

Zeit angeschlossen zu haben<sup>3730</sup>. Die Krankenschwester unterlässt es, das jener Angehörigen unterstellte „Desinteresse“<sup>3731</sup> zu spezifizieren<sup>3732</sup>. Möglicherweise vermisst sie Interesse am Wohlergehen der zu pflegenden Person. Sie vermisst möglicherweise auch Interesse, sich an häuslicher Pflege und sozialer Betreuung zu beteiligen. Möglich ist auch: Sie vermisst Interesse, Kontakt mit den Pflegekräften zu pflegen<sup>3733</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie versuche, den Kontakt zur Nichte auf Gelegenheiten zu beschränken, in denen sie eine Kontaktaufnahme als notwendig erachte. „Zu der habe ich gar nicht so einen großartigen Kontakt, und ich möchte es auch nicht. Wenn es nicht sein muß [sic.], möchte ich mit der nicht viel Kontakt haben“<sup>3734</sup>. Verallgemeinernd stellt sie fest: Sie nehme mit Angehörigen, die sich desinteressiert zeigen, nur Kontakt auf, wenn sie eine Kontaktaufnahme als erforderlich betrachte<sup>3735</sup>.

#### 8.2.2.2. Die Erfassung der Zustände von Familienmitgliedern und Familienbeziehungen

Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Der **Zustand der Seniorin** hat sich entgegen der ursprünglichen Annahme der Krankenschwester im Verlaufe der Zeit gebessert<sup>3736</sup>. Die Krankenschwester ist nach eigener Darstellung im Verlaufe der Zeit zu der Auffassung gelangt, dass sich Verbesserungen sowohl der **körperlichen** Verfassung<sup>3737</sup>, als auch der **geistigen** Verfassung wahrnehmen lassen<sup>3738</sup>, dass jene Verbesserungen über verbliebene Beeinträchtigungen allerdings nicht hinwegzutäuschen vermögen. Die Krankenschwester berichtet: Die Patientin sei insulinpflichtige Diabetikerin<sup>3739</sup>. Der Körper der Seniorin sei in der Anfangszeit extrem geschwächt gewesen<sup>3740</sup> und habe sich im Verlaufe der Zeit extrem gekräftigt<sup>3741</sup>. Nicht die Bewegungsfähigkeit<sup>3742</sup>, sondern die Sehfähigkeit weise starke Einbußen auf<sup>3743</sup>. Der Geisteszustand der Seniorin sei in der Anfangszeit von einer Verwirrtheit extremen

---

<sup>3730</sup> vgl.: ebd.: 38f.

<sup>3731</sup> ebd.: 3.

<sup>3732</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3733</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>3734</sup> ebd.: 33.

<sup>3735</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>3736</sup> vgl.: ebd.: 6, 44, 52.

<sup>3737</sup> vgl.: ebd.: 43f.

<sup>3738</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>3739</sup> vgl.: ebd.: 1.

<sup>3740</sup> vgl.: ebd.: 43.

<sup>3741</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>3742</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>3743</sup> vgl.: ebd.: 33f.

Ausmaßes geprägt gewesen<sup>3744</sup>. Die Orientiertheit lasse, im Zeitvergleich betrachtet, zwar Anzeichen einer Besserung erkennen<sup>3745</sup>, aber Beeinträchtigungen der Orientiertheit seien unverkennbar<sup>3746</sup>. Die Krankenschwester ist nach eigener Darstellung im Verlaufe der Zeit auch zu der Auffassung gelangt, dass von sozialer Isolation auszugehen ist<sup>3747</sup> und dass sich ein **seelisches** Leiden an sozialer Isolation nicht ausschließen lässt<sup>3748</sup>.

In der Anfangszeit hat es nach Angaben der Krankenschwester einen **Zwischenfall** gegeben: Die an Diabetes erkrankte Patientin hat nach Aussage der Krankenschwester nicht nur Anzeichen geistiger Verwirrtheit aufgewiesen, sondern auch über körperliches Unwohlsein geklagt. Die Krankenschwester hat sich nach eigener Darstellung gefordert gesehen, ein **Deutungsproblem** zu lösen: die Klage über körperliches Unwohlsein zu deuten, sich zwischen Deutungsmöglichkeiten zu entscheiden und einen für die Patientin folgeschweren Deutungsfehler zu vermeiden<sup>3749</sup>. Wie hat sich jene Klage über körperliches Unwohlsein deuten lassen? Denkbar ist die Deutung gewesen: Die Klage über körperliches Unwohlsein ist Ausdruck körperlicher Beschwerden. Der körperliche Zustand der Patientin bietet Anlass zur Besorgnis. Die körperlichen Beschwerden sind mit der Krankheitsentwicklung, d.h. mit einem entgleisenden Blutzucker, oder mit der Krankheitsbearbeitung, d.h. mit der Injektionstechnik, verbunden. Denkbar ist auch die Deutung gewesen: Die Klage über körperliches Unwohlsein ist nicht Ausdruck körperlicher Beschwerden, sondern Ausdruck geistiger Verwirrtheit. Der körperliche Zustand der Patientin bietet keinen Anlass zur Besorgnis.

Die Krankenschwester rekonstruiert den **Prozess der Wahrnehmung** jenes Deutungsproblems. Die Krankenschwester erzählt: Sie habe die Patientin anderthalb Wochen nach der Fallübernahme bei einem ihrer morgendlichen Pflegeeinsätze in einem **Zustand geistiger Verwirrtheit** vorgefunden. Die Patientin sei weder zur Person der Pflegekraft, noch zur eigenen Insulinpflichtigkeit orientiert gewesen. Die Patientin habe bestritten, dass sie jemals Insulininjektionen erhalten habe und dass jemals der Bauch als Injektionsstelle gewählt worden sei. Die Krankenschwester erzählt ferner: Als sie nicht den Bauch, sondern den Oberschenkel als Injektionsstelle gewählt habe, habe sie auf Seiten der Patientin Anzeichen einer wieder einsetzenden Erinnerung wahrgenommen. Jene Anzeichen einer wieder einsetzenden Erinnerung deutend, habe sie angenommen, dass dann auch das Pflegepersonal im Krankenhaus nicht den Bauch, sondern den Oberschenkel als Injektionsstelle gewählt habe. Nachdem die Patientin sich

---

<sup>3744</sup> vgl.: ebd.: 5, 20, 31, 36.

<sup>3745</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>3746</sup> vgl.: ebd.: 6, 44.

<sup>3747</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>3748</sup> vgl.: ebd.: 48, 51.

<sup>3749</sup> vgl.: ebd.: 21f.

wieder jener in der Vergangenheit erhaltenen Insulininjektionen erinnert habe, habe die Patientin ihr erklärt: Wenn sie Spritzen erhalte, dann stelle sich ein **Zustand körperlichen Unwohlseins** ein. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester zwar „gedacht: Das kann doch gar nicht sein“<sup>3750</sup>. Nach eigenen Angaben hat der Zwischenfall der Krankenschwester aber „auch keine Ruhe gelassen“<sup>3751</sup>.

Die Krankenschwester rekonstruiert auch den **Prozess der Bearbeitung** jenes Deutungsproblems. Die Krankenschwester erzählt: Sie sei mit Zweifel von der Annahme ausgegangen, der körperliche Zustand der Patientin biete Anlass zur Besorgnis. Sie habe die Überprüfung jener Annahme veranlasst. Sie habe den Hausarzt verständigt. Sie habe ihm vorgeschlagen, dass sie zwischenzeitlich die Blutzuckerwerte bestimme. Der Hausarzt habe zugestimmt. Sie habe die Blutzuckerwerte ermittelt, habe aber keine Anzeichen für einen entgleisenden Blutzucker festgestellt. Die Patientin habe ihr mitgeteilt, dass sie sich körperlich wohler fühle<sup>3752</sup>. Die Krankenschwester vermutet: Die Patientin hat die Insulininjektionen in den Bauch nicht vertragen<sup>3753</sup>. Die Krankenschwester betont: Sie habe seit jener Zeit den Oberschenkel regelmäßig als Injektionsstelle gewählt<sup>3754</sup>.

Die Krankenschwester berichtet: Der Hausarzt habe sich mit der Personal der beiden ambulanten Pflegeorganisationen auf ein Verfahren geeinigt, um über die Zustandsentwicklung auf Seiten der Patientin Bescheid zu wissen<sup>3755</sup>. An dem im Haushalt der alleinlebenden Patientin gelegenen gemeinsamen Arbeitsplatz sei ein Notizbuch deponiert worden, um sich wechselseitig über den Zustand der Patientin zu informieren<sup>3756</sup>. Die Krankenschwester hat den Schriftverkehr nach eigener Aussage als Möglichkeit begrüßt, zumindest ansatzweise Einblick zu erhalten, wie es um den Zustand der alleinlebenden Patientin außerhalb der eigenen Einsatzzeiten bestellt ist<sup>3757</sup>. Der schriftliche Kontakt hat sich nach Auskunft der Krankenschwester durch den Kontakt von Angesicht zu Angesicht ergänzen lassen<sup>3758</sup>. Die Vermutung liegt nahe, dass die Krankenschwester im Verlaufe der Zeit eher Kontakte mit den Fachkräften als Kontakte mit der Angehörigen gepflegt hat, um über die Zustandsentwicklung auf Seiten der Seniorin Bescheid zu wissen<sup>3759</sup>. Die Krankenschwester hat vermutlich jenen

---

<sup>3750</sup> ebd.: 21.

<sup>3751</sup> ebd.: 21.

<sup>3752</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>3753</sup> vgl.: ebd.: 22f.

<sup>3754</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>3755</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>3756</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>3757</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>3758</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3759</sup> vgl.: ebd.: 27.

Zwischenfall, der sich anderthalb Wochen nach der Fallübernahme ereignet hat<sup>3760</sup>, zum Anlass genommen, die Angehörige über den Zustand der Seniorin zu verständigen<sup>3761</sup>.

Die Krankenschwester berichtet weder, dafür plädiert zu haben, die Angehörige am gemeinsamen Schriftverkehr zu beteiligen, noch berichtet sie, dafür votiert zu haben, die Angehörige an gemeinsamen Fallbesprechungen zu beteiligen.

Wie beurteilt die Krankenschwester den **Zustand der Angehörigen**? Anzunehmen ist: Sie hat zwischen ausgewählten Angehörigen unterschieden. Anzunehmen ist ferner: Sie hat eher die Belastbarkeit des Bruders<sup>3762</sup> als die Belastbarkeit der Nichte<sup>3763</sup> bezweifelt. Sie berichtet in der Erzählzeit: Die Nichte sei gefordert, das eigene Privatleben<sup>3764</sup> sowohl mit dem eigenen Berufsleben zu verbinden, als auch mit Betreuungsfunktionen für jene entfernt lebende Tante in Einklang zu bringen. Sie bezeichnet die Nichte in der Erzählzeit aber weder als belastet, noch als überfordert. Möglicherweise hat die Krankenschwester es in der erzählten Zeit unterlassen, die Nichte selber zu fragen, wie sie die eigene Belastung einschätzt. Möglicherweise hat die Krankenschwester befürchtet, durch eine derartige Befragung der Nichte Begehrlichkeiten zu nähren, Unterstützung zu erhalten.

Wie beurteilt die Krankenschwester den **Zustand der familiären Beziehungen**? Sie erlebt im Einzelfall ein ausgedünntes Netzwerk familiärer Beziehungen. Sie stellt die Vermutung auf, dass das Verhältnis zwischen Seniorin und Nichte „**vielleicht nicht ganz ausgeglichen ist**“<sup>3765</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Die Seniorin habe ihr im Verlaufe der Zeit mitgeteilt, sie habe in der Vergangenheit die eigene Schwester gepflegt, die Mutter jener Nichte. Die Seniorin habe ihr zu verstehen gegeben, sie habe durch die Übernahme der häuslichen Pflege nicht nur die eigene Schwester, sondern auch deren Tochter unterstützt, die beruflichen Verpflichtungen nachgehen musste. Die Krankenschwester berichtet nicht, dass die Seniorin die Forderung erhoben hat, in Zukunft durch die Nichte unterstützt zu werden. Die Krankenschwester verweist auf eine **Wertvorstellung**, die sie selber bezüglich der Gestaltung von Familienbeziehungen hat und im Einzelfall verletzt sieht: Sie schätzt **innerfamiliäre Solidarität**. Sie betrachtet es als Selbstverständlichkeit, wenn Angehörige wie die Nichte unterstützungsbedürftigen älteren Familienmitgliedern Unterstützung gewähren, um einen Ausgleich für jene Unterstützung zu schaffen, die sie in der Vergangenheit etwa in Gestalt geleisteter Familienhilfe erhalten haben<sup>3766</sup> oder in der Zukunft in Gestalt des Erbes erhalten

---

<sup>3760</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>3761</sup> vgl.: ebd.: 21f.

<sup>3762</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>3763</sup> vgl.: ebd.: 18, 33, 50.

<sup>3764</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>3765</sup> ebd.: 50; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>3766</sup> vgl.: ebd.: 18.



werden<sup>3767</sup>. Erkennt die Krankenschwester im Falle jener berufstätigen Angehörigen allein eine zumindest probeweise Übernahme der Betreuung zur Nachtzeit als Ausgleichsleistung an? Die Krankenschwester legt sich nicht fest. Hat die Krankenschwester die Angehörige aufgeklärt, dass sie einen Ausgleich als Selbstverständlichkeit betrachtet und dass sie jene Wertvorstellung verletzt sieht? Die Krankenschwester äußert sich nicht.

Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf die **Kinderlosigkeit** der Patientin. Über die Folgen von Kinderlosigkeit für den Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege reflektierend, vertritt sie die Auffassung: Für ältere Personen ist der Alterungsprozess unter der Bedingung von Kinderlosigkeit extrem problematisch. „Wir werden alle einmal alt. Und für die, die keine Kinder haben, ist das besonders schlimm“<sup>3768</sup>. Sie erklärt: „Wenn jemand noch Kinder hat, egal wie schlecht das Verhältnis ist, es ist aber immer noch einer da“<sup>3769</sup>. Anzunehmen ist: Die Krankenschwester betrachtet es als Selbstverständlichkeit, dass Kinder ihre unterstützungsbedürftigen alten Eltern auch im Falle einer konflikthafter Beziehung unterstützen. Betrachtet die Krankenschwester Unterstützung durch Organisation von Unterstützung im Falle einer konflikthafter Familienbeziehung als Mindestmaß oder als Höchstmaß an selbstverständlicher Unterstützung? Die Krankenschwester legt sich nicht fest. Die Krankenschwester ist ferner der Auffassung: Für die Pflegekräfte ist das Arbeiten unter der Bedingung der Existenz von Familie unproblematischer. Sie verdeutlicht: Bei Patienten mit Familie hat sie die Möglichkeit zu vertrauen, im Bedarfsfall durch die Familienangehörigen verständigt zu werden. Diese Möglichkeit entfällt aber bei Patienten ohne Familie<sup>3770</sup>.

### 8.2.2.3. Die Formulierung von Zielsetzungen

Welchen Zielsetzungen hat die Krankenschwester sich im Verlaufe der Zeit verschrieben? Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat bezogen auf **die zu pflegende Person** die Erlangung relativer Selbständigkeit bei der Krankheitsbearbeitung als unrealistisches Ziel verworfen. Anzunehmen ist ferner: Die Krankenschwester hat im Kontext der anfangs bestehenden geistigen Verwirrtheit und im Kontext der Ungewissheit über die Mobilisierbarkeit des Geistes weder die Wiederherstellung relativer Selbständigkeit bei der Körperpflege im Besonderen, noch die

---

<sup>3767</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>3768</sup> ebd.: 43.

<sup>3769</sup> ebd.: 43.

<sup>3770</sup> vgl.: EPI 8.2: 36.

Wiederherstellung relativer Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung im Allgemeinen als realistische Zielsetzung in Betracht gezogen<sup>3771</sup>. Die Krankenschwester erklärt: Sie persönlich sei bestrebt gewesen, die Betreuung in der Häuslichkeit, soweit leistbar, gut zu leisten, um selber „ein ruhiges Gewissen“ zu haben<sup>3772</sup>.

Die Krankenschwester betont: Sie sei mit den Zielsetzungen, die die Angehörige ihrer Ansicht nach verfolgt habe, nicht einverstanden gewesen. Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit erstens auf die Frage nach der **finanziellen Selbstbeteiligung** an den Betreuungskosten. Die Krankenschwester berichtet: Die Angehörige verwalte das Geld<sup>3773</sup>. Einerseits habe sie mit der Angehörigen vereinbart, dass die Angehörige den gemeinnützigen Pflegeverein für die Dauer von vier Stunden pro Tag engagieren werde, „damit die Tante gut betreut ist und damit sie auch ein ruhiges Gewissen hat“<sup>3774</sup>. Andererseits habe die Angehörige sich ohne Rücksprache mit ihr entschieden, die Einsatzzeiten des gemeinnützigen Pflegevereins aus Kostengründen von vier Stunden pro Tag auf zwei Stunden pro Tag zu reduzieren, obwohl die Patientin ausreichend Rente habe, um die versprochenen Einsatzzeiten zu bezahlen<sup>3775</sup>. Die Krankenschwester unterstellt: Die Angehörige hat sich bei jener Entscheidung von einer unmoralischen Überlegung leiten lassen. Die Angehörige ist bei der Prüfung der Forderung nach finanzieller Selbstbeteiligung an den Betreuungskosten nach Ansicht der Krankenschwester von dem Gedanken ausgegangen: Minderung der zu verwaltenden Rente bedeutet Minderung des eigenen Erbes. Die Krankenschwester vermutet: Die Angehörige hat befürchtet, das eigene Erbe zu schmälern. „Dann kann sie nichts mehr abstauben“<sup>3776</sup>. Die Angehörige ist nach Meinung der Krankenschwester bestrebt gewesen, das eigene Erbe zu wahren. Die Krankenschwester erklärt: Sie habe es unterlassen, die Unterstellung durch Befragung der Angehörigen auf Angemessenheit zu überprüfen. „Ob das stimmt, weiß ich nicht, aber ich nehme das stark an“<sup>3777</sup>.

Die Krankenschwester richtet das Augenmerk zweitens auf die Frage nach der **praktischen Selbstbeteiligung** an der Betreuung. Die Krankenschwester berichtet: Sie habe den Eindruck gewonnen<sup>3778</sup>, dass die Angehörige befürchte, „sich die Hände schmutzig“<sup>3779</sup> zu machen, wenn sie selber Betreuung leiste, und dass die Angehörige der Meinung sei, bezahlte Helfer sollen Betreuung leisten<sup>3780</sup>. Die Krankenschwester

---

<sup>3771</sup> vgl.: EPI 8: 25, 45f.

<sup>3772</sup> ebd.: 60.

<sup>3773</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>3774</sup> ebd.: 60.

<sup>3775</sup> vgl.: ebd.: 4, 13, 60.

<sup>3776</sup> ebd.: 35.

<sup>3777</sup> ebd.: 35.

<sup>3778</sup> vgl.: ebd.: 18, 40.

<sup>3779</sup> ebd.: 18.

<sup>3780</sup> vgl.: ebd.: 40.

unterstellt: Die Angehörige ist bestrebt gewesen, die mit praktischer Selbstbeteiligung verbundenen eigenen Belastungen zu mindern<sup>3781</sup>. Die Krankenschwester schildert: Sie habe beobachtet, dass die praktische Selbstbeteiligung auf Seiten der Angehörigen gesunken sei<sup>3782</sup>. Sie habe den Versuch unternommen, die praktische Selbstbeteiligung auf Seiten der Angehörigen aufrechtzuerhalten<sup>3783</sup>. Die Krankenschwester ist der Auffassung: Es gilt jede Schwächung des familialen Engagements zu vermeiden. Ein Engagement ambulanter Pflegeorganisationen soll das familiäre Engagement stärken, nicht aber schwächen. Jener Versuch, das familiäre Engagement aufrechtzuerhalten, lässt sich auch als Versuch deuten, sich nicht die alleinige Verantwortung aufbürden zu lassen, sondern durch Teilung von Verantwortung die Belastungen auf Seiten der berufsmäßig **pflegenden Personen** zu mindern.

#### 8.2.2.4. Die Bestimmung des Bedarfs: Das Aufgabenpensums

Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: In der Anfangszeit hat ein Betreuungsbedarf extrem hohen Ausmaßes bestanden<sup>3784</sup>. Im Verlaufe der Zeit ist jener Betreuungsbedarf nach Angaben der Krankenschwester gesunken<sup>3785</sup>. Die Krankenschwester spezifiziert in der Erzählzeit erstens **Bedarf an medizinischer Behandlung und Pflege**. Bei der Behandlung der Zuckererkrankung sind nach Darstellung der Krankenschwester unbefristet Insulininjektionen und Kontrollen der Blutzuckerwerte indiziert gewesen<sup>3786</sup>. Speziell in der Anfangszeit ist nach Darstellung der Krankenschwester die Kontrolle der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme geboten gewesen<sup>3787</sup>. Die Krankenschwester erwähnt einen im Zeitverlauf gesunkenen Bedarf an persönlicher Hilfestellung bei der Körperpflege<sup>3788</sup>. Die Krankenschwester spezifiziert in der Erzählzeit zweitens **Bedarf an „Sozialbetreuung“**<sup>3789</sup>. Die Krankenschwester berichtet nicht, die Angehörige im Verlaufe der Zeit regelmäßig über die Entwicklung des Betreuungsbedarfs aufgeklärt zu haben.

---

<sup>3781</sup> vgl.: ebd.: 18, 40.

<sup>3782</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>3783</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>3784</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3785</sup> vgl.: ebd.: 50, 60.

<sup>3786</sup> vgl.: ebd.: 9, 23.

<sup>3787</sup> vgl.: EPI 8: 36; EPI 8.2: 29.

<sup>3788</sup> vgl.: EPI 8.: 12, 14.

<sup>3789</sup> ebd.: 56; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

## 8.2.2.5. Die Bearbeitung des Bedarfs: Die Verteilung von Aufgaben

### 8.2.2.5.1. Die Pflege

Die Krankenschwester erklärt in der Erzählzeit: Wenn sich der gemeinnützige Pflegeverein nicht zusätzlich hätte engagieren lassen, dann wären seitens des gemeindlichen Pflegedienstes übergangsweise drei Einsätze pro Tag durchgeführt worden, derweil sie selber versucht hätte, die Seniorin möglichst schnell „in einem Heim unterzubringen“<sup>3790</sup>. Das **Engagement der ambulanten Pflegeorganisationen** lässt sich, gemessen an jenem anfänglichen Tag und Nacht umfassenden Betreuungsbedarf, durch **Begrenztheit** kennzeichnen. Die Krankenschwester berichtet: Sowohl das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes als auch das Personal des gemeinnützigen Pflegevereins habe an allen regulären Einsatztagen, d.h. von montags bis freitags, und an allen Wochenenden jeweils zwei Einsätze durchgeführt. Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes habe sich nach Möglichkeit bei seinen Einsätzen abgewechselt. Es habe zur Morgenzeit Einsätze von jeweils fünfzehn Minuten Dauer<sup>3791</sup> und zur Mittagszeit Einsätze von jeweils dreißig bis fünfundvierzig Minuten Dauer absolviert<sup>3792</sup>. Das Personal des gemeinnützigen Pflegevereins habe zur Vormittagszeit und zur Abendzeit Einsätze von jeweils sechzig Minuten Dauer geleistet<sup>3793</sup>. Ausschließlich das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes habe Insulininjektionen verabreicht und Blutzuckerkontrollen durchgeführt<sup>3794</sup>. Das Personal beider Pflegeorganisationen habe Hilfe bei der Körperpflege geleistet<sup>3795</sup>. Ferner habe es die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme im Rahmen seiner Möglichkeiten kontrolliert<sup>3796</sup>. Das Engagement der ambulanten Pflegeorganisationen lässt sich auch durch die Anforderung kennzeichnen, die Arbeit im **Einzelfall** mit der Arbeit im **Bestand der Fälle** in Einklang zu bringen. Die Krankenschwester erklärt: Im Moment lasse sich die im Einzelfall anfallende Arbeit ganz gut erledigen, weil das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes „auch nicht so arg viel zu tun“<sup>3797</sup> habe.

Wie ist es um das **Engagement der Angehörigen** bestellt gewesen? Die Aufmerksamkeit auf ein besonderes Familienmitglied lenkend, stellt die

---

<sup>3790</sup> vgl.: ebd.: 7.

<sup>3791</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>3792</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>3793</sup> vgl.: ebd.: 10, 13.

<sup>3794</sup> vgl.: ebd.: 9, 23, 43.

<sup>3795</sup> vgl.: ebd.: 12, 14, 62.

<sup>3796</sup> vgl.: ebd.: 14f.

<sup>3797</sup> ebd.: 57.

Krankenschwester die Vermutung auf: Jenes Familienmitglied hat bei einer besonderen Gelegenheit eine ausgewählte Pflegeleistung erbracht. Die Krankenschwester vermutet: Die Nichte hat am ersten Abend Hilfe beim Auskleiden geleistet. Jene Angehörige hat nach Aussage der Krankenschwester allerdings weder in der allerersten Nacht, noch in einer der ersten Nächte Aufsicht geleistet<sup>3798</sup>. Nach Ansicht der Krankenschwester ist jene Angehörige nicht bereit gewesen, selber Pflege zu leisten<sup>3799</sup>. Nach Meinung der Krankenschwester hat jene Angehörige es vorgezogen, Pflege leisten zu lassen<sup>3800</sup>. Die Ausführungen der Krankenschwester lassen vermuten: Jene Angehörige hat sich zwar an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligt<sup>3801</sup>, hat aber eine Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen zu vermeiden gesucht<sup>3802</sup>. Nach Darstellung der Krankenschwester ist die Sicherstellung einer Betreuung „rund um die Uhr“<sup>3803</sup> als **Hauptproblem** zu betrachten gewesen. Die Krankenschwester verdeutlicht: Zwischen pflegerischer Betreuung und sozialer Betreuung ist zu unterscheiden. Pflegerische Betreuung umfasst einerseits Pflegeleistungen, die sich wie die Insulininjektionen zeitlich leicht begrenzen lassen, andererseits Pflegeleistungen, die sich wie die Beaufsichtigung der Patientin zeitlich nur schwer begrenzen lassen. Pflegerische Betreuung lässt sich mit sozialer Betreuung, d.h. mit Gesellschaft und Konversation, verknüpfen. Die Krankenschwester spezifiziert das Problem, die **Betreuung am Tage** sicherzustellen. Nach Angaben der Krankenschwester hat sich das Problem, die Betreuung am Tage zu gewährleisten, zumindest in Ansätzen lösen lassen. Nach Aussage der Krankenschwester hat sich ein formelles Betreuungsprogramm einrichten lassen, das täglich Betreuung zu ausgewählten Tageszeiten garantiert<sup>3804</sup>. Wie lässt sich die Problematik um die Sicherstellung der Betreuung am Tage, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat sich mit der Angehörigen vor Beginn des ersten Arbeitseinsatzes auf einen **Betreuungsplan** geeinigt. Geplant war, durch ein Engagement beider ambulanter Pflegeorganisationen die Betreuung zu ausgewählten Tageszeiten zu gewährleisten. Geplant war ferner, den gemeinnützigen Pflegeverein täglich vier Stunden Betreuung leisten zu lassen: zwei Stunden zur Vormittagszeit und zwei Stunden zur Abendzeit<sup>3805</sup>.

---

<sup>3798</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3799</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>3800</sup> vgl.: ebd.: 18, 40.

<sup>3801</sup> vgl.: ebd.: 15f, 32.

<sup>3802</sup> vgl.: ebd.: 18, 40.

<sup>3803</sup> ebd.: 6.

<sup>3804</sup> vgl.: ebd.: 10, 13, 15, 29.

<sup>3805</sup> vgl.: ebd.: 4.

- Zu unterstellen ist: Die Krankenschwester hat zu Beginn des ersten Arbeitseinsatzes angenommen, dass sich eine dem vereinbarten Betreuungsplan gemäßige **Betreuungspraxis** hat organisieren lassen und der gemeinnützige Pflegeverein täglich vier Stunden Betreuung leistet. Sie hat am Ende des ersten Arbeitseinsatzes erfahren: Die Angehörige hat die Betreuungszeit des gemeinnützigen Pflegevereins um die Hälfte gekürzt, nachdem sie die Höhe der Betreuungskosten vernommen hat<sup>3806</sup>.
- Der erste Arbeitseinsatz ist für die Krankenschwester vermutlich mit einer Enttäuschung zu Ende gegangen. Anzunehmen ist: Sie hat es als Selbstverständlichkeit betrachtet, dass die Angehörige sich an die gemeinsame Vereinbarung hält und den gemeinnützigen Pflegeverein für eine Betreuungszeit von täglich vier Stunden engagiert. Die Angehörige hat jene gemeinsame Vereinbarung aus Sicht der Krankenschwester verletzt. Die Krankenschwester findet in der Erzählzeit kein Wort des Verständnisses für die Handlungsweise der Angehörigen<sup>3807</sup>.
- Die Krankenschwester bezweifelt nicht die Zahlungsfähigkeit der Seniorin, sondern die Zahlungsbereitschaft der Angehörigen<sup>3808</sup>. Sie vermutet: Die fehlende Zahlungsbereitschaft der Angehörige basiert auf dem Bestreben, an der Betreuung zu sparen, um das eigene Erbe zu wahren. Die Angehörige hat nach Ansicht der Krankenschwester aus **unmoralischen Überlegungen** keine dem vereinbarten Betreuungsplan gemäßige Betreuungspraxis etablieren lassen<sup>3809</sup>.
- Die Krankenschwester fühlt sich der Angehörigen **moralisch überlegen**. Sie bietet in der Erzählzeit eine Erklärung für ihre Bereitschaft an, einen persönlichen Verzicht zu leisten, um die alleinlebende Seniorin zur Mittagszeit zu betreuen. Sie erklärt: Sie habe auf eine Mittagspause (zur rechten Zeit) verzichtet, weil die Seniorin ihr „leidgetan“<sup>3810</sup> habe. Erläuternd fügt sie hinzu: „Wenn jemand alleine ist, denke ich immer an meine Großeltern, da würde ich auch hingehen und würde mich kümmern“<sup>3811</sup>.

---

<sup>3806</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3807</sup> vgl.: ebd.: 4, 60.

<sup>3808</sup> vgl.: ebd.: 13, 35, 60.

<sup>3809</sup> vgl.: ebd.: 35.

<sup>3810</sup> ebd.: 36.

<sup>3811</sup> ebd.: 36.

Wie stellt sich die Problematik um die Sicherstellung der Betreuung am Tage, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester schildert: Sie habe zu Beginn des ersten Arbeitseinsatzes auf Basis auf einer am Vortag geschlossenen Vereinbarung angenommen, dass die Angehörige den gemeinnützigen Pflegeverein für die Dauer von vier Stunden pro Einsatztag engagiert habe. Sie habe am Ende des ersten Arbeitseinsatzes im Rahmen einer ersten Fallbesprechung mit dem gemeinnützigen Pflegeverein erfahren, dass die Angehörige die gemeinsame Vereinbarung verletzt habe<sup>3812</sup>. Wie hat die Krankenschwester auf die Entscheidung der Angehörigen reagiert, abweichend von der gemeinsamen Vereinbarung, den gemeinnützigen Pflegeverein für die Dauer von zwei Stunden pro Einsatztag zu engagieren<sup>3813</sup>? Die Krankenschwester berichtet zwar: Folge jener Entscheidung sei gewesen, dass der gemeinnützige Pflegeverein in der Anfangszeit Betreuung bestenfalls auf Minimalniveau habe leisten können<sup>3814</sup>. Die Krankenschwester berichtet aber nicht, die Angehörige aufgefordert zu haben, die gemeinsame Vereinbarung einzuhalten.

Die Krankenschwester lässt die Bereitschaft erkennen, Einsätze zur Abendzeit durchzuführen, um den gemeinnützigen Pflegeverein in jenem Einzelfall ausnahmsweise zu vertreten. Sie erklärt in der Erzählzeit: Den gemeinnützigen Pflegeverein in jenem Einzelfall ausnahmsweise bei seinen Einsätzen zur Abendzeit zu vertreten, sei kein Problem. Aber der gemeindliche Pflegedienst könne den gemeinnützigen Pflegeverein bei seinen Einsätzen zur Abendzeit nicht auf Dauer ersetzen. Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes käme „ins Rotieren“<sup>3815</sup>, weil es gefordert wäre, regelmäßig eine Stunde Arbeitszeit zu investieren<sup>3816</sup>. Die Krankenschwester lässt keine Bereitschaft erkennen, im Einzelfall Einsätze zur Nachtzeit durchzuführen. Betreuung zur Nachtzeit meint Nachtdienst. Zu unterscheiden ist zwischen Nachtwache und nächtlichem Bereitschaftsdienst. Aus Sicht der Krankenschwester wäre ein nächtlicher Bereitschaftsdienst im Hause der Patientin angezeigt gewesen. Die Krankenschwester spezifiziert das Problem, die **Betreuung in der Nacht** sicherzustellen. Nach Darstellung der Krankenschwester hat sich das Problem, die Betreuung in der Nacht sicherzustellen, nicht lösen lassen: auch ansatzweise nicht. Nach Angaben der Krankenschwester hat sich weder ein informelles Betreuungsprogramm, noch ein formelles Betreuungsprogramm einrichten lassen, das eine Betreuung in der Nacht garantiert

---

<sup>3812</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3813</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>3814</sup> vgl.: ebd.: 61.

<sup>3815</sup> ebd.: 10.

<sup>3816</sup> vgl.: ebd.: 10.

hätte<sup>3817</sup>. Wie lässt sich die Problematik um die Sicherstellung der Betreuung in der Nacht, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **zusammenfassend** darstellen?

- Anzunehmen ist: Es hat **keinen Betreuungsplan** zur Überbrückung der Nachtzeit gegeben. Die Krankenschwester hat sich weder vor dem ersten Arbeitseinsatz noch nach dem ersten Arbeitseinsatz mit der Angehörigen auf eine Betreuungslösung für die Nachtzeit geeinigt<sup>3818</sup>. Anzunehmen ist auch: Sie hat die erste Woche eine geistig verwirrte Patientin erlebt und ist die erste Woche der Auffassung gewesen, dass eine fehlende Betreuung zur Nachtzeit nicht ruhigen Gewissens zu verantworten ist<sup>3819</sup>.
- Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit auf eine **Unterlassung** seitens der Angehörigen. Die Angehörige hat nach Angaben der Krankenschwester zwar gewusst, dass die Betreuung zur Nachtzeit gewährleistet sein muss und dass eine unterlassene Betreuung zur Nachtzeit riskant ist<sup>3820</sup>, hat aber weder in der ersten Nacht noch in den ersten Nächten die Betreuung im Hause der Patientin übernommen<sup>3821</sup>.
- Die Krankenschwester findet in der Erzählzeit kein Wort des Verständnisses für jene Unterlassung der Angehörigen. Sie weiß sowohl um deren Wohnsituation als auch um deren Berufstätigkeit. Sie weiß auch um die Begrenztheit der Möglichkeiten informellen Engagements im Falle der Berufstätigkeit eines Angehörigen. Sie erklärt jene Unterlassung nicht zu einem Fall entschuldigter Fehlers. Im Gegenteil: Sie äußert sich missbilligend<sup>3822</sup>.
- Die Krankenschwester lenkt die Aufmerksamkeit ferner auf die **Folgen jener Unterlassung**. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Patientin in Folge jener Unterlassung keinen Schaden erlitten<sup>3823</sup>. Die Krankenschwester ist der Ansicht: Sie selber hat in Folge jener Unterlassung einen Schaden erlitten. Sie selber hat die erste Woche ein **Gefühl von Belastung** verspürt, das mit der Befürchtung verknüpft gewesen ist, dass die Patientin zur Nachtzeit Schaden

---

<sup>3817</sup> vgl.: ebd.: 12, 25.

<sup>3818</sup> vgl.: ebd.: 12, 25.

<sup>3819</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3820</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3821</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3822</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3823</sup> vgl.: ebd.: 12.



nimmt<sup>3824</sup>, und jenes Gefühl von Belastung wäre ihr erspart geblieben, wenn die Angehörige sich zur Nachtzeit engagiert hätte.

- Wie hat die Krankenschwester jenes Gefühl von Belastung bearbeitet? Sie berichtet weder, die Angehörige aufgefordert zu haben, übergangsweise zur Nachtzeit Betreuung zu leisten, noch berichtet sie, ausnahmsweise selber Einsätze zur Nachtzeit geleistet zu haben. Anzunehmen ist: Sie hat versucht, sich durch Sicherheitsvorkehrungen<sup>3825</sup> und durch Kommunikation mit dem Hausarzt Entlastung zu verschaffen<sup>3826</sup>. Anzunehmen ist ferner: Sie hat Anzeichen einer Zustandsverbesserung auf Seiten der Patientin als entlastend erlebt<sup>3827</sup>.
- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat den Hausarzt zu einem **Gedankenexperiment** eingeladen. Sie hat dem Hausarzt verdeutlicht: Sie hat nicht nur ein Berufsleben, sondern sie hat auch ein Privatleben und sie hat das Recht auf ein Privatleben. Würde sie im Einzelfall Nachtdienst leisten, würde sie ihre Arbeitskraft schädigen und sie würde ihr Privatleben gefährden. Sie hat dem Hausarzt deutlich gemacht: Die mit einem **Realexperiment** verbundenen Folgen sind **unzumutbar**<sup>3828</sup>.
- Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben in der **erzählten Zeit** jenes Gespräches mit dem Hausarzt die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten verdeutlicht, auf formeller Basis Nachtdienst zu leisten. Die Krankenschwester verdeutlicht auch in der **Erzählzeit** die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten, auf formeller Basis Nachtdienst zu leisten. Sie erklärt: „Ich kann nicht nachts noch da schlafen, am anderen Morgen muß [sic.] ich ja auch wieder raus“<sup>3829</sup>.
- Die Krankenschwester bietet in der Erzählzeit eine Erklärung für die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten an, auf formeller Basis Nachtdienst zu leisten. Die angebotene Erklärung lautet: Sie ist gefordert, ihre Arbeitskraft zu wahren.<sup>3830</sup> Sie weiß zwar, dass auch die Angehörige gefordert ist, ihre Arbeitskraft zu wahren, unterlässt es aber, jenes Wissen zu nutzen, um eine Erklärung für die

---

<sup>3824</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3825</sup> vgl.: ebd.: 23, 26f.

<sup>3826</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3827</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3828</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3829</sup> ebd.: 42.

<sup>3830</sup> vgl.: ebd.: 42.

Begrenztheit der Möglichkeiten zu formulieren, auf informeller Basis Nachtdienst zu leisten.

Wie stellt sich die Problematik um die Sicherstellung der Betreuung in der Nacht, basierend auf den Ausführungen der Krankenschwester, **im Detail** betrachtet dar? Die Krankenschwester erzählt: Die Angehörige sei am Vorabend des ersten Arbeitseinsatzes „abgezischt“<sup>3831</sup>. Die Angehörige habe sich weder in der allerersten Nacht, noch in einer der ersten Nächte einquartiert. Die Krankenschwester erzählt ferner: Sie selber habe die ersten Tage<sup>3832</sup> und die erste Woche<sup>3833</sup> eine seelische Belastung verspürt. Sie habe sich „unheimlich belastet“<sup>3834</sup> gefühlt. Sie habe die ersten Tage in dem Bewusstsein, dass die Patientin zur Nachtzeit unbeaufsichtigt gewesen sei, „kein ruhiges Gewissen“<sup>3835</sup> gehabt. Sie habe die erste Woche befürchtet, die Patientin „irgendwann und irgendwo in der Ecke liegend“<sup>3836</sup> bei einem der Einsätze zur Vormittagszeit vorzufinden. Sie habe die Befürchtung gehabt<sup>3837</sup>, dass die alleinlebende Patientin über ein unentdeckt gebliebenes Depot an Schokolade verfüge, in einem unbeaufsichtigten Moment „ein bißchen [sic.] Unfug macht“<sup>3838</sup>, die Süßigkeiten „in sich hineinflattert“<sup>3839</sup> und infolgedessen am anderen Morgen von ihr „in der Ecke liegend“<sup>3840</sup> entdeckt würde. Sie habe während der morgendlichen Pflegeeinsätze allerdings erlebt, dass sich ihre Befürchtung nicht bewahrheitet habe<sup>3841</sup>. Jene Befürchtung habe angehalten, bis sich der Zustand der Patientin verbessert habe<sup>3842</sup>. Die Krankenschwester schildert: Sie habe den ersten Wochenenddienst genutzt, um ausgewählte Möglichkeiten zu kontrollieren, Süßigkeiten zu deponieren. Sie habe jene stichprobenartige Kontrolle nicht mit Unterstützung der Angehörigen, sondern mit Unterstützung des gemeinnützigen Pflegevereins durchgeführt<sup>3843</sup>. Sie habe sich bei der Auswahl der zu kontrollierenden Versteckmöglichkeiten von Erfahrungswerten und Wahrscheinlichkeitsüberlegungen leiten lassen<sup>3844</sup>. Die Krankenschwester schildert ferner: Sie habe sich zwar nicht veranlasst gesehen, regelmäßige Kontrollen möglicher Süßigkeitendepots

---

<sup>3831</sup> ebd.: 12.

<sup>3832</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3833</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3834</sup> ebd.: 42.

<sup>3835</sup> ebd.: 12.

<sup>3836</sup> ebd.: 25.

<sup>3837</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3838</sup> ebd.: 26.

<sup>3839</sup> ebd.: 26.

<sup>3840</sup> ebd.: 25.

<sup>3841</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>3842</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>3843</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3844</sup> vgl.: ebd.: 27.

durchzuführen<sup>3845</sup>, aber sie habe sich veranlasst gesehen, für eine regelmäßige Kontrolle der Blutzuckerwerte zu votieren<sup>3846</sup>. Die Krankenschwester erzählt: Der Hausarzt habe ihr anderthalb Wochen nach Arbeitsbeginn im Rahmen einer Fallbesprechung erklärt, er begrüße es, dass sich sowohl der gemeindliche Pflegedienst als auch der gemeinnützige Pflegeverein zu ausgewählten Tageszeiten um die Patientin kümmere. Sie habe einerseits betont, auch sie begrüße es, dass dem Betreuungsbedarf im Tagesverlauf zumindest ansatzweise entsprochen werde. Sie habe andererseits betont, dass dem Betreuungsbedarf zur Nachtzeit in keiner Weise Rechnung getragen werde und dass sie jenen ungedeckten Betreuungsbedarf zur Nachtzeit in keiner Weise begrüße: „Ja. Aber nachts ist sie trotzdem alleine“<sup>3847</sup>. Der Hausarzt habe geantwortet: „Es wäre besser, es wäre nachts einer da“<sup>3848</sup>. Er habe angefangen zu lachen, als sie ihn gefragt habe: „Soll ich denn meinen Koffer packen und dann da hinziehen?“<sup>3849</sup> Ohne die Antwort des Hausarztes abzuwarten, habe sie erklärt: „Ja. Nachts ist sie klar alleine“<sup>3850</sup>.

Die Krankenschwester berichtet nicht, in der Zeit nach dem ersten Einsatz erneut versucht zu haben, in der Kommunikation mit der Angehörigen das Hauptproblem zu lösen: die Sicherstellung einer Betreuung „rund um die Uhr“<sup>3851</sup>. Sie berichtet vielmehr, in der Zeit nach dem ersten Einsatz versucht zu haben, in der Kommunikation mit der Angehörigen ein **Nebenproblem** zu lösen: die Sicherstellung der **Haarpflege**<sup>3852</sup>. Sie berichtet nicht, die Angehörige aufgefordert zu haben, die Haarpflege selber zu leisten. Sie berichtet vielmehr, die Angehörige aufgefordert zu haben, sich an der Organisation der Haarpflege zu beteiligen. Die Krankenschwester schildert: Sie habe den Wunsch der Seniorin, den Friseur aufzusuchen<sup>3853</sup>, zum Anlass genommen, mit der Angehörigen telefonisch Kontakt aufzunehmen. Sie habe der Angehörigen „gesagt: die Tante möchte gerne zum Friseur“<sup>3854</sup>. Die Angehörige habe gefragt, wie sie denn einen Friseurbesuch ermöglichen solle. Sie habe der Angehörigen erwidert: Einen Friseurbesuch zu ermöglichen, sei „doch wohl kein Problem“<sup>3855</sup>. Die gestellte Anforderung erläuternd, habe sie der Angehörigen erklärt: Die Angehörige investiere Zeit und Geld in die Durchführung zweier Telefonate. Sie telefoniere als erstes mit dem Friseur, um einen Termin zu vereinbaren, und sie telefoniere als zweites mit der Tante, um diese über den

---

<sup>3845</sup> vgl.: ebd.: 26.

<sup>3846</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>3847</sup> ebd.: 25.

<sup>3848</sup> ebd.: 25.

<sup>3849</sup> ebd.: 25.

<sup>3850</sup> ebd.: 25.

<sup>3851</sup> ebd.: 6.

<sup>3852</sup> vgl.: ebd.: 15f.

<sup>3853</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>3854</sup> ebd.: 16.

<sup>3855</sup> ebd.: 16.

vereinbarten Termin zu informieren<sup>3856</sup>. In der Erzählzeit das in der erzählten Zeit gewählte eigene Vorgehen erläuternd, erklärt die Krankenschwester: Sie habe „angerufen, denn die liebe Frau soll sich auch ein bißchen [sic.] um sie kümmern, die verwaltet das Geld“<sup>3857</sup> und sie persönlich vermag nicht einzusehen, dass sie „sie zum Friseur bringe und das Geld zahle“<sup>3858</sup>.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Sie hat den **Anspruch** gehegt, dass die Angehörige auch ein bisschen Unterstützung gewähren soll<sup>3859</sup>. Sie hat jenen Anspruch in der Kommunikation mit der Angehörigen zum Ausdruck gebracht. Sie hat keine Bereitschaft erkennen lassen, auf eine Beteiligung der Angehörigen zu verzichten: Sie hätte, ein Telefongespräch führend, den Friseurtermin selber vereinbaren können, und hätte das jeden Mittag zwischen beiden Familienmitgliedern stattfindende Telefonat nutzen können, um die Angehörige zu informieren und die Zahlungsmodalitäten zu klären<sup>3860</sup>.
- Die Krankenschwester hat sich nach eigener Aussage bemüht, jenes Nebenproblem unter Beteiligung der Angehörigen zu lösen. Die Forderung nach praktischer Selbstbeteiligung des familialen Netzwerkes wird in der Forderung nach Beteiligung an der Organisation des Haarpflegeprozesses prinzipiell. Die Forderung, dass die Angehörige sich durch Führung zweier Telefonate an der Organisation des Haarpflegeprozesses beteiligt, lässt sich als Versuch betrachten, ein Minimum an familialem Engagement zu wahren.

Die Krankenschwester ist der Auffassung: Der Zustand der Patientin habe sich, bedingt durch die Rückkehr in gewohnte und ein bisschen geordnet erscheinende Verhältnisse, verbessert<sup>3861</sup>. Die Krankenschwester ist der Ansicht: Die Ordnung der häuslichen Verhältnisse **organisiert** zu haben, sei auch Leistung der Angehörigen gewesen. Die Ordnung häuslicher Verhältnisse **produziert** zu haben, sei hauptsächlich Leistung der ambulanten Pflegeorganisationen gewesen<sup>3862</sup>.

---

<sup>3856</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>3857</sup> ebd.: 15.

<sup>3858</sup> ebd.: 16.

<sup>3859</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>3860</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>3861</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>3862</sup> vgl.: ebd.: 17.

Die Krankenschwester ist vermutlich der Auffassung: Die ambulanten Pflegeorganisationen haben einen Beitrag zur **Entlastung der Angehörigen** geleistet<sup>3863</sup>. Die Krankenschwester ist vermutlich auch der Auffassung: Die Angehörige hätte in stärkerem Maße zur **Entlastung der Pflegekräfte** beitragen können und sollen. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester ist der Ansicht, dass sich die eigene Belastung zumindest teilweise hätte mindern lassen, hätte die Angehörige es nicht an Unterstützung fehlen lassen<sup>3864</sup>.

#### 8.2.2.5.2. Die Beratung

Hat die Krankenschwester die Angehörige über jenen Zwischenfall aufgeklärt, der sich anderthalb Wochen nach der Fallübernahme ereignet hat? Die Krankenschwester hat die Angehörige vermutlich verständigt, im Rahmen eines Pflegeeinsatzes einerseits eine geistig verwirrte Patientin, andererseits eine über körperliches Unwohlsein klagende Patientin erlebt zu haben. Nach Aussage der Krankenschwester hat die Angehörige der Klage über körperliches Unwohlsein auch nicht geglaubt<sup>3865</sup>. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Angehörige „gesagt: Die ist nicht so ganz da oben, das stimmt nicht, die macht uns das nur vor“<sup>3866</sup>. Die Angehörige hat die Klage über körperliches Unwohlsein nach Auskunft der Krankenschwester „nicht auf die Goldwaage gelegt“<sup>3867</sup> hat. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben gedacht: „Nein, wenn die schon so macht, dann mußt [sic.] Du einmal mit dem Hausarzt sprechen“<sup>3868</sup>. Nach eigener Aussage hat die Krankenschwester dann den Plan realisiert, den Hausarzt zu verständigen<sup>3869</sup>.

- Den Ausführungen der Krankenschwester ist zu entnehmen: Zwischen beiden Parteien hat **Einigkeit** geherrscht, dass nicht Zweifel an der geistigen Verwirrtheit der Patientin, sondern Zweifel am körperlichen Unwohlsein der Patientin angebracht sind<sup>3870</sup>. Zwischen beiden Parteien hat **Uneinigkeit** im Hinblick auf die Behandlung des Zweifels bestanden<sup>3871</sup>. Die Angehörige hat nach Darstellung der Krankenschwester die Deutung gewählt: Die Klage über körperliches

---

<sup>3863</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>3864</sup> vgl.: ebd.: 12, 25, 42.

<sup>3865</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>3866</sup> ebd.: 21f.

<sup>3867</sup> ebd.: 22.

<sup>3868</sup> ebd.: 22.

<sup>3869</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>3870</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>3871</sup> vgl.: ebd.: 21f.

Unwohlsein ist nicht Ausdruck körperlicher Beschwerden, sondern Ausdruck geistiger Verwirrtheit. Der körperliche Zustand der Patientin bietet keinen Anlass zur Besorgnis<sup>3872</sup>. Die Krankenschwester hat nach eigener Auskunft die Deutung gewählt: Die Klage über körperliches Unwohlsein ist Ausdruck körperlicher Beschwerden. Der körperliche Zustand der Patientin bietet Anlass zur Besorgnis. Die Krankenschwester hat nach eigenen Angaben eine Überprüfung der Klage über körperliches Unwohlsein veranlasst<sup>3873</sup>.

- Die Krankenschwester ist als Pflegekraft verantwortlich, an der Abwehr von Gefahren für Leib und Leben der Patientin zu arbeiten. Das der Gefahrenabwehr dienende Verfahren ist festgelegt: Es ist im Zweifelsfall von der Annahme auszugehen, dass der körperliche Zustand der Patientin Anlass zur Besorgnis bietet, und es ist der Prozess zur Überprüfung jener Annahme einzuleiten. Der Prozess der Überprüfung bietet die Chance, jene Annahme entweder zu widerlegen oder zu bestätigen. Wird jene Annahme widerlegt, ist die Gefahr zwar überschätzt worden, aber der Patientin ist kein folgenschwerer Schaden zugefügt worden. Wird jene Annahme bestätigt, ist einer Unterschätzung der Gefahr vorgebeugt und ein Schaden abgewehrt worden. Ein behandlungsbedürftiger Zustand kann behandelt werden. Den Ausführungen der Krankenschwester lässt sich entnehmen: Sie hat das der Gefahrenabwehr dienende Verfahren angewendet. Sie hat nach eigener Darstellung verantwortungsgemäß gehandelt<sup>3874</sup>.
- Die Krankenschwester hat gewusst: Die Angehörige ist Laiin. Die Krankenschwester hätte unterstellen können: Sie verfügt im Unterschied zu der Angehörigen über einen **ausbildungsbedingten Wissensvorsprung**. Sie weiß auf Basis ihrer Ausbildung um die Möglichkeit, einen für die Patientin folgenschweren **Deutungsfehler** zu begehen, wenn deren Klage über körperliches Unwohlsein „nicht auf die Goldwaage gelegt“<sup>3875</sup> wird. Sie weiß auf Basis ihrer Ausbildung auch um das Verfahren, das anzuwenden ist, um einen für die Patientin folgenschweren Deutungsfehler zu vermeiden. Die Krankenschwester hätte die Reaktion der Angehörigen als Ausdruck von Unwissenheit deuten können. Sie hätte Aufklärung leisten können. Die Aufklärung hätte lauten können: Es verletzt die Regeln der Kunst, im Zweifelsfall

---

<sup>3872</sup> vgl.: ebd.: 21f.

<sup>3873</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>3874</sup> vgl.: ebd.: 21f.

<sup>3875</sup> ebd.: 22.

von der Annahme auszugehen, der körperliche Zustand der Patientin bietet keinen Anlass zur Besorgnis, ohne die Annahme überprüft zu haben, der körperliche Zustand der Patientin bietet Anlass zur Besorgnis. Ein behandlungsbedürftiger Zustand könnte unentdeckt und unbehandelt bleiben.

- Die Krankenschwester hat die Angehörige vermutlich nicht über die Möglichkeit aufgeklärt, einen für die Patientin folgenschweren Deutungsfehler zu begehen, wenn sie die Klage über körperliches Unwohlsein „nicht auf die Goldwaage“<sup>3876</sup> legt. Die Krankenschwester hat die Angehörige vermutlich auch nicht über das Verfahren aufgeklärt, das anzuwenden ist, um einen für die Patientin folgenschweren Deutungsfehler zu vermeiden. Möglich ist: Die Krankenschwester hat den Versuch einer Aufklärung als Vergeudung eigener Arbeitszeit betrachtet. Möglicherweise hat die Krankenschwester der Angehörigen Desinteresse<sup>3877</sup> unterstellt, sich Wissen anzueignen, und hat im Kontext jener Unterstellung die Vorstellung verworfen, mit Erfolg Aufklärung zu leisten. Möglicherweise hat die Krankenschwester weder deren Aufklärung, noch deren Einwilligung als notwendige Bedingung für eine regelgemäße Bearbeitung des Zwischenfalles betrachtet.

#### 8.2.2.5.3. Die soziale Betreuung

Anzunehmen ist: Beide Parteien, die Angehörige und die Krankenschwester des gemeindlichen Pflegedienstes, haben der Seniorin Gesellschaft geleistet. Sie haben sich auf diese Weise vermutlich an deren sozialer Betreuung beteiligt. Zu vermuten ist: Die Krankenschwester hat der Seniorin in stärkerem Maße als die Angehörige Gesellschaft geleistet<sup>3878</sup>. Anzunehmen ist ferner: Die Krankenschwester hat im Rahmen ihrer Pflegeeinsätze nicht nur Pflege, sondern auch Gesellschaft geleistet. Häusliche Pflege und soziale Betreuung sind vermutlich im Rahmen der Pflegeeinsätze miteinander verknüpft gewesen<sup>3879</sup>.

Die Krankenschwester hat es vermutlich als **Belastung** betrachtet, der Seniorin Gesellschaft zu leisten. Sie erklärt: Sie erlebe im Einzelfall ein Missverhältnis zwischen Konversation und Pflegearbeit. Sie erlebe die Konversation als übergewichtig. Sie erlebe ein solches Missverhältnis generell als belastend. Sie empfinde es generell als

---

<sup>3876</sup> ebd.: 22.

<sup>3877</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>3878</sup> vgl.: ebd.: 16f, 19, 48.

<sup>3879</sup> vgl.: ebd.: 14.

Belastung, gefordert zu sein, „nur Sozialbetreuung“<sup>3880</sup> zu leisten, ohne die Möglichkeit zu körperlicher Arbeit zu haben. Sie empfinde es generell als belastender, gefordert zu sein, „nur seelische Betreuung“<sup>3881</sup> zu leisten. Wenn sie die Möglichkeit habe, gleichzeitig körperliche Arbeit zu verrichten, dann falle ihr die Übernahme der seelischen Betreuung „leichter“<sup>3882</sup>. Sie empfinde eine Betreuung von Senioren per se als doppelt belastend: Betreuung von Senioren bedeute nicht nur Auseinandersetzung mit dem Leidensprozess einer fremden Person, sondern bedeute auch Auseinandersetzung mit einem denkbaren eigenen Leidensprozess<sup>3883</sup>.

Anzunehmen ist: Die Krankenschwester hat die Begrenztheit ihrer Möglichkeiten erlebt, jenes Gefühl von Belastung zu **bewältigen**. Sie hat das Programm sozialer Betreuung nach eigenen Angaben weder auf der Ebene der eigenen Person, noch auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation eingestellt. Die Krankenschwester verdeutlicht, selber Sozialbetreuung geleistet zu haben<sup>3884</sup>. Sie beschreibt den Verlauf jener Einsätze, die sie zur Mittagszeit durchgeführt hat. Sie berichtet: Sie habe Konversation betrieben<sup>3885</sup> und sie habe ausgewählte Hausarbeiten übernommen<sup>3886</sup>. Die Krankenschwester hat sich bei Einsätzen zur Mittagszeit vermutlich einer **Strategie der Arbeitssuche** bedient, um einer ausschließlich auf Konversation zentrierten Arbeitssituation zu entfliehen. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner, soziale Betreuung organisiert zu haben. Die Krankenschwester hat sich vermutlich auch der **Strategie des Personalwechsels** bedient, um einer ausschließlich auf Konversation zentrierten Arbeitssituation auszuweichen. Sie berichtet: Sie habe das auf der Ebene der ambulanten Pflegeorganisation alternativ verfügbare Personal zur Mittagszeit soziale Betreuung leisten lassen<sup>3887</sup>. Hat die Krankenschwester Versuche, soziale Betreuung zu organisieren, auf Versuche ausgedehnt, **soziale Netzwerke** einzubinden? Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf Möglichkeiten und Grenzen, Angehörige **künstlich geschaffener Netzwerke**, d.h. freiwillige Helfer, einzubinden. Sie erklärt: Versuche, freiwillige Helfer einzubinden, um soziale Betreuung sicherstellen zu lassen, seien zum Scheitern verurteilt<sup>3888</sup>. Sie bezeichnet freiwillige Helfer als Personen, die sich allenfalls nach „Lust und Laune“<sup>3889</sup> engagieren und die Forderung nach einem verbindlichen Engagement als

---

<sup>3880</sup> ebd.: 56.

<sup>3881</sup> ebd.: 56.

<sup>3882</sup> ebd.: 56.

<sup>3883</sup> vgl.: ebd.: 56.

<sup>3884</sup> vgl.: ebd.: 56.

<sup>3885</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>3886</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>3887</sup> vgl.: ebd.: 38.

<sup>3888</sup> vgl.: ebd.: 51f.

<sup>3889</sup> ebd.: 52.



Zumutung betrachten<sup>3890</sup>. Sie lenkt die Aufmerksamkeit ferner auf Möglichkeiten und Grenzen, Angehörige **natürlich gewachsener Netzwerke**, d.h. Familienmitglieder, einzubinden. Sie beschreibt das Engagement der Nichte. Sie berichtet: Das Engagement jener Angehörigen sei im Verlaufe der Zeit gesunken. In der Anfangszeit sei sie zweimal in der Woche und einmal am Wochenende zu Besuch gekommen. „Und seit neuestem kommt sie, wann sie lustig ist“<sup>3891</sup>. Sie erzählt: Die Angehörige sei neulich angerufen worden. Der Angehörigen sei mitgeteilt worden: „Die Wäsche ist gewaschen - sie könnte ihre Tante einmal besuchen“<sup>3892</sup>. Die Krankenschwester berichtet: Die Angehörige sei infolgedessen zu Besuch erschienen und habe das Wäschebügeln übernommen. Der Kommentar der Krankenschwester lautet: „konnte sie auch etwas machen, der Tante einen guten Dienst erweisen“<sup>3893</sup>. Nach Angaben der Krankenschwester ist jener Besuch arrangiert worden. Die Krankenschwester bietet eine Erklärung für den Versuch an, jenen Besuch zu arrangieren. Die Erklärung lautet: „Die kommt nämlich seit neuestem nicht mehr“<sup>3894</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht ihre **Haltung**: Sie unterstützt den Versuch, jenen Besuch zu arrangieren. Hat die Krankenschwester den Versuch, jenen Besuch zu arrangieren, durch **Handlungen** unterstützt? Möglicherweise hat nicht die Krankenschwester, sondern die mit der Fallbearbeitung betraute Mitarbeiterin des gemeinnützigen Pflegevereins den Anruf getätigt<sup>3895</sup>.

- Die Krankenschwester hat vermutlich den **Anspruch** gehegt: Die Angehörige soll soziale Betreuung leisten und soll den Kontakt mit der Tante pflegen. Die Angehörige soll sich zwecks Kontaktpflege nicht nur des Telefonkontaktes, sondern auch des Kontaktes von Angesicht zu Angesicht bedienen. Die Kontaktpflege durch Kontakte von Angesicht zu Angesicht soll dem Kriterium der Verlässlichkeit genügen: Die Angehörige soll ihre Besuchstätigkeit nicht einschränken. Sie soll Besuche nach Plan und nicht Besuche nach Belieben durchführen<sup>3896</sup>.
- Die Krankenschwester hat vermutlich eine **Verletzung jener Anspruchshaltung** wahrgenommen. Nach Angaben der Krankenschwester hat die Angehörige ihre Besuchstätigkeit eingeschränkt, hat Besuche nach Plan eingestellt und hat

---

<sup>3890</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>3891</sup> ebd.: 17.

<sup>3892</sup> ebd.: 17.

<sup>3893</sup> ebd.: 17.

<sup>3894</sup> ebd.: 17.

<sup>3895</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>3896</sup> vgl.: ebd.: 17.

Besuche nach Belieben eingeführt<sup>3897</sup>. Möglich ist: Auch die Mitarbeiterin des gemeinnützigen Pflegevereins hat den Anspruch gehegt, dass die Angehörige ihre Besuchstätigkeit aufrechterhalten soll. Auch sie hat jenen Anspruch verletzt gesehen. Möglich ist ferner: Mit der Angehörigen interagierend, hat sie die Kommunikation über jenen Anspruch gesucht, hat den Anspruch aber nicht offen formuliert<sup>3898</sup>.

- Die Krankenschwester bietet in der Erzählzeit eine Erklärung für das sinkende Engagement der Angehörigen an. Die Krankenschwester äußert die Vermutung: Die Angehörige „meint, daß [sic.] die Tante gut versorgt ist“<sup>3899</sup>. Die Krankenschwester vermutet: Die Angehörige bedient sich des Engagements der beiden ambulanten Pflegeorganisationen einerseits zu Zwecken der Gewährleistung von häuslicher Pflege und sozialer Betreuung, andererseits zu Zwecken der eigenen Entlastung. Die Krankenschwester findet in der Erzählzeit kein Wort des Verständnisses für das sinkende Engagement der Angehörigen.

#### 8.2.2.5.4. Die Hilfen im Haushalt

Haben beide Parteien, die Angehörige und das Personal der ambulanten Pflegeorganisationen, zur Hausarbeit zählende Tätigkeiten verrichtet? Die Krankenschwester berichtet zwar, ausgewählte Hausarbeiten verrichtet zu haben<sup>3900</sup>. Sie berichtet aber nicht, jene Hausarbeiten im Auftrag der Angehörigen erledigt zu haben. Nach Auskunft der Krankenschwester hat die Angehörige das Personal des gemeinnützigen Pflegevereins beauftragt, Hausarbeit zu leisten. Anzunehmen ist erstens: Jener Auftrag hat auch den Auftrag zur Übernahme der Wäschepflege beinhaltet. Im Rahmen der Wäschepflege anfallende Einzelleistungen sind das Waschen und Bügeln der Wäsche<sup>3901</sup>. Anzunehmen ist zweitens: Die Angehörige hat sich ausnahmsweise an der Wäschepflege beteiligt und hat „die Wäsche gebügelt“<sup>3902</sup>.

---

<sup>3897</sup> vgl.: ebd.: 17, 46.

<sup>3898</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>3899</sup> ebd.: 17.

<sup>3900</sup> vgl.: ebd.: 14, 17, 27.

<sup>3901</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>3902</sup> vgl.: ebd.: 17.

### 8.3. Die Zukunft der Fallbearbeitung

Die seitens der Krankenschwester in der Erzählzeit formulierten **Prognosen** über die Entwicklung der Fallproblematik beziehen sich sowohl auf den **Zustand der Seniorin**, als auch auf die Möglichkeit einer Beteiligung der Angehörigen an der Sicherstellung der häuslichen Pflege und sozialen Betreuung. Die Krankenschwester nimmt an: Der Hilfebedarf der Seniorin wird in Zukunft steigen. Die Seniorin wird aus Sicht der Krankenschwester in Zukunft namentlich der Hilfe zur Nachtzeit bedürfen<sup>3903</sup>. Die Krankenschwester befürchtet: Wenn die im Verlaufe der Zeit ein bisschen hergestellte Ordnung der häuslichen Verhältnisse<sup>3904</sup> in Zukunft durch einen Abbau im Engagement der ambulanten Pflegeorganisationen gestört würde, dann würde die an Diabetes erkrankte Patientin „wieder das Sündigen“<sup>3905</sup> beginnen und dann würde die erreichte Zustandsverbesserung in eine Zustandsverschlechterung umschlagen. Die Krankenschwester berichtet nicht, sich veranlasst gesehen zu haben, die im Rahmen des Erstbesuches geleistete Aufklärung der Angehörigen über die Möglichkeit einer in Zukunft eintretenden Zustandsverschlechterung<sup>3906</sup> im Verlaufe der Zeit zu wiederholen. Nach Ansicht der Krankenschwester ist die Möglichkeit einer **Beteiligung der Angehörigen** an der Sicherstellung der häuslichen Pflege als unrealistisch zu verwerfen. Die Krankenschwester betont in der Erzählzeit: Jene Angehörige habe sich in der Vergangenheit niemals bereit erklärt, sich im Kontext der eigenen Häuslichkeit an der Sicherstellung der häuslichen Pflege der Seniorin zu beteiligen<sup>3907</sup>. Sie habe vielmehr „klipp und klar gesagt“<sup>3908</sup>, dass die Heimpflege einzuleiten sei, wenn sich der Zustand der Seniorin verschlechtere und sich die häusliche Pflege in deren Häuslichkeit nicht mehr sicherstellen lasse. Die Krankenschwester vermutet, dass jene Angehörige auch in Zukunft nicht die Bereitschaft erklären wird, Pflegeleistungen im Kontext der eigenen Häuslichkeit zu übernehmen: „Das glaube ich nicht. Das kann ich mir nicht vorstellen“<sup>3909</sup>.

Bietet die Krankenschwester in der Erzählzeit einen **Plan** zur Bearbeitung der Fallproblematik an? Die Krankenschwester lässt keine Bereitschaft erkennen, das Hilfsprogramm des gemeindlichen Pflegedienstes auszubauen, wenn der Hilfebedarf auf Seiten der Seniorin steigt. Die Krankenschwester erklärt erstens: Im Falle eines künftig minimal steigenden Hilfebedarfs bestünde möglicherweise die Chance, das

---

<sup>3903</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>3904</sup> vgl.: ebd.: 42.

<sup>3905</sup> ebd.: 53.

<sup>3906</sup> vgl.: ebd.: 40.

<sup>3907</sup> vgl.: EPI 8.2: 32.

<sup>3908</sup> ebd.: 31.

<sup>3909</sup> ebd.: 31.

Hilfsprogramm des gemeinnützigen Pflegevereins in minimalem Umfang auszubauen<sup>3910</sup>. Sie erklärt zweitens: Wenn die Seniorin in Zukunft jedoch der Hilfe zur Nachtzeit bedürfen würde, dann bliebe „keine andere Möglichkeit“<sup>3911</sup>, als die Heimpflege einzuleiten. Erläuternd fügt sie hinzu: Sie bezweifle, dass sich eine Person finden werde, die in jener angestammten Häuslichkeit übernachtet<sup>3912</sup>, und sie halte eine Fortsetzung der häuslichen Pflege in der Häuslichkeit der Angehörigen für „total ausgeschlossen“<sup>3913</sup>.

#### 8.4. Die Quintessenzen: Fallauswahl und Fallbearbeitung aus dem Blickwinkel der Pflegefachkraft

Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung rekonstruierend, präsentiert die Pflegekraft die Arbeit im Fall einer insulinpflichtigen Patientin, die sich im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zunächst in einem desorientierten Zustand befunden hat, im Verlauf der Zeit aber Anzeichen einer Zustandsverbesserung hat erkennen lassen. Anzunehmen ist: Die Seniorin hat aus Sicht der Pflegekraft nicht nur einen **Fall von sozialer Isolation**, sondern (zumindest in der Anfangszeit) auch einen **Pflegefall** verkörpert. Die Pflegekraft ist der Auffassung: Sie ist in einem Fall engagiert, der keine Chance auf **informelle Pflege** hat. Sie begegnet einerseits einer Seniorin, die kinderlos ist, alleine lebt<sup>3914</sup>, eine entfernt lebende Nichte hat und die eigene Schwester, die Mutter jener Nichte, ehemals gepflegt hat, derweil jene Nichte berufliche Verpflichtungen zu erfüllen hatte<sup>3915</sup>. Sie begegnet andererseits jener entfernt lebenden Nichte, die berufstätig ist und der sie unterstellt, kein Interesse zu haben<sup>3916</sup> und „abgezischt“<sup>3917</sup> zu sein. Sie hat nach eigener Darstellung nicht die Kombination von informeller und formeller Pflege erlebt, sondern die Kombination des Engagements zweier ambulanter Pflegeorganisationen. Sie geht von der Annahme aus: Im Falle einer neuerlichen Zustandsverschlechterung auf Seiten der Patientin wird sich eine **Heimpflege** nicht vermeiden lassen.

---

<sup>3910</sup> vgl.: EPI 8: 50.

<sup>3911</sup> ebd.: 50.

<sup>3912</sup> vgl.: ebd.: 50.

<sup>3913</sup> ebd.: 51.

<sup>3914</sup> vgl.: EPI 8: 1.

<sup>3915</sup> ebd.: 18.

<sup>3916</sup> vgl.: ebd.: 39.

<sup>3917</sup> ebd.: 12.

## 8.4.1. Handlungsbedingungen

### 8.4.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Zu unterstellen ist: **Bedürfnisse** existieren nicht nur auf Seiten der Patientin, sondern auch auf Seiten der Angehörigen.<sup>3918</sup> Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung im Falle der Patientin um Sicherstellung der Körperpflege und um Sicherstellung einer regelgemäßen Krankheitsbearbeitung bemüht gewesen. Sie ist wahrscheinlich bestrebt gewesen, einer Verschlechterung des Zustands der Patientin vorzubeugen. Es besteht Gefahr für Leib und Leben der desorientierten Patientin und es droht die Entgleisung des Blutzuckers.<sup>3919</sup> Die Pflegekraft unterstellt **der Patientin** vermutlich ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Das Engagement der Angehörigen ist für die Pflegekraft keine unbekannte Größe. Nach Aussage der Pflegekraft ist die **Angehörige** berufstätig. Deren Berufstätigkeit lässt auf diverse Bedürfnisse schließen: auf Bedürfnisse nach Erholung, materieller Sicherheit, Selbstverwirklichung und sozialer Anerkennung. Nach Angaben der Pflegekraft verwaltet die Angehörige das Geld der pflegebedürftigen Person<sup>3920</sup>. Die Pflegekraft unterstellt der Angehörigen, bei der Ausübung jener Verwaltungstätigkeit weniger auf eine Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses der pflegebedürftigen Person, als vielmehr auf eine Befriedigung des eigenen Sicherheitsbedürfnisses bedacht zu sein und das eigene Erbe schonen zu wollen.

Die Pflegekraft stellt keinen **Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln**, sondern **Bedarf an persönlicher Hilfestellung** im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege fest.<sup>3921</sup> Nach Darstellung der Pflegekraft ist zu Beginn der Fallbearbeitung von einem „rund um die Uhr“ bestehenden Bedarf an Pflege und Betreuung auszugehen gewesen<sup>3922</sup>. Sie hat das seitens des gemeindlichen Pflegedienstes angebotene formelle Pflegeprogramm mit zwei Einsätzen pro Einsatztag und fünf Einsätzen pro Woche angesichts jenes extremen Bedarfs an Pflege und Betreuung, für notwendig, aber unzureichend gehalten. Sie ist in Anbetracht jenes extremen Bedarfs an Pflege und Betreuung der Auffassung gewesen: Es bedarf formeller und informeller Pflege, um eine den fachlichen Notwendigkeiten gemäße Pflege und Betreuung im häuslichen Kontext gewährleisten zu können. Im Verlauf der Fallbearbeitung ist nach Angaben der

<sup>3918</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2.; Kapitel 8.2.2.2. und Kapitel 8.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3919</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3920</sup> vgl.: EPI 8: 15.

<sup>3921</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3922</sup> EPI 8.2: 26.

Pflegekraft von einem einstweilen nicht mehr Tag und Nacht währenden Bedarf an Pflege und Betreuung auszugehen gewesen.

#### 8.4.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Pflegekraft weiß: Die Seniorin lebt alleine<sup>3923</sup> und ist kinderlos. Deren Möglichkeiten, **Familienbeziehungen** zu unterhalten, sind aus Sicht der Pflegekraft in extremer Weise reduziert<sup>3924</sup>.<sup>3925</sup> Zur Familie gehören ein Bruder und eine Nichte. Die Pflegekraft ist der Ansicht: In der Beziehung zur Nichte fehlt die **räumliche Nähe** und die **soziale Nähe**. Die Nichte wohnt nicht am Ort, sondern lebt an einem weiter entfernt gelegenen Ort. Die Nichte hat im Verlaufe der Zeit ihre Besuchstätigkeit eingeschränkt. Die Pflegekraft ist vermutlich auch der Ansicht: In der Beziehung zur Nichte ist die **emotionale Nähe** nicht ungetrübt. Die Pflegekraft unterstellt der Nichte vermutlich ein Desinteresse<sup>3926</sup>, die Qualität der Betreuung zu sichern, und das Interesse, das eigene Erbe zu wahren.<sup>3927</sup> Das **familiale Engagement**, das sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahrnehmen lässt, ist wahrscheinlich in der Hauptsache ein Engagement jener entfernt lebenden Angehörigen gewesen. Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Jene Angehörige hat sich zwar an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt, hat aber eine Beteiligung an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu vermeiden gesucht.<sup>3928</sup> Die Pflegekraft sieht sich veranlasst, das Engagement jener Angehörigen zu beanstanden. Sie verweist auf **Qualitätsmängel**: Jene Angehörige ist nach Darstellung der Pflegekraft „abgezischt“<sup>3929</sup> und hat das desorientierte ältere Familienmitglied die ersten Nächte unbeaufsichtigt gelassen, obwohl sie gewusst hat, dass eine Betreuung zur Nachtzeit sichergestellt werden muss und eine unterlassene Betreuung zur Nachtzeit riskant ist.<sup>3930</sup><sup>3931</sup> Aus Sicht der Pflegekraft ist die Angehörige im Rahmen der Beteiligung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses wortbrüchig geworden: Die Angehörige hat zwar vereinbarungsgemäß den gemeinnützigen Pflegeverein engagiert, sich zusätzlich zum gemeindlichen Pflegedienst an der Betreuung der Patientin zu beteiligen, hat aber die Betreuungszeit des gemeinnützigen Pflegevereins entgegen der Vereinbarung um die

---

<sup>3923</sup> vgl.: EPI 8: 1.

<sup>3924</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>3925</sup> siehe Kapitel 8.1.

<sup>3926</sup> vgl.: EPI 8: 3.

<sup>3927</sup> siehe Kapitel 8.2.2.1.; Kapitel 8.2.2.2.; Kapitel 8.2.2.3. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3928</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3929</sup> EPI 8: 12.

<sup>3930</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3931</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Hälfte gekürzt, als sie die Betreuungskosten vernommen hat.<sup>3932</sup> Nach Angaben der Pflegekraft hat die Angehörige auch die eigene Beteiligung im Rahmen der Sicherstellung der sozialen Betreuung eingeschränkt.<sup>3933</sup> Die Pflegekraft vermutet: Das Verhältnis zwischen Tante und Nichte ist „vielleicht nicht ganz ausgeglichen“<sup>3934</sup>. Nach Ansicht der Pflegekraft bleibt die Nichte den Ausgleich schuldig.<sup>3935</sup> Die Pflegekraft weiß zwar: Jene Angehörige ist berufstätig. Die Pflegekraft unterlässt es aber, sich zur **Belastung** jener Angehörigen zu äußern.<sup>3936</sup>

#### 8.4.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** zu erbringen, sind strukturell bedingt begrenzt. Deutlich wird: Im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege sind unter Umständen Pflegeleistungen zu verrichten, die sich zeitlich leicht begrenzen lassen. Zu nennen sind die Körperpflege und die Insulininjektion. Die Körperpflege lässt sich als Ganzkörperpflege und als Teilkörperpflege einrichten. Im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege sind möglicherweise aber auch Pflegeleistungen zu erbringen, die sich zeitlich nicht oder nur schwer begrenzen lassen. Um Gefahr für Leib und Leben einer desorientierten Patientin abzuwehren, ist deren Beaufsichtigung rund um die Uhr angezeigt<sup>3937</sup>. Deutlich wird ferner: Die **Einsatztage pro Woche** unterliegen Beschränkungen. Pflegeeinsätze am Wochenende sind dem Notfall vorbehalten. Pflegeeinsätze lassen sich nicht beliebig auf einen Einsatztag verteilen. Das Pflegepersonal kann unter Umständen zwar (regelmäßig) Pflegeeinsätze zu ausgewählten Tageszeiten durchführen, kann aber keineswegs (regelmäßig) Pflegeeinsätze zur Nachtzeit absolvieren. Es kann im Hause der pflegedürftigen Person weder Nachtwache, noch nächtlichen Bereitschaftsdienst leisten. Für Pflegeeinsätze können Termine zur Vormittagszeit, zur Mittagszeit und zur Abendzeit vergeben werden. Die Anzahl der **Einsätze pro Einsatztag** lässt sich nicht beliebig erhöhen. Das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes vermag im Einzelfall zwei Einsätze pro Einsatztag zu absolvieren: einen Einsatz zur Morgenzeit und einen Einsatz zur Mittagszeit. Wenn sich der gemeinnützige Pflegeverein vorübergehend nicht zur

<sup>3932</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3933</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3934</sup> EPI 8: 50.

<sup>3935</sup> siehe Kapitel 8.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3936</sup> siehe Kapitel 8.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3937</sup> vgl.: EPI 8.2: 26.

Abendzeit engagieren könnte, dann würde die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft nach eigenen Angaben die Möglichkeit in Erwägung ziehen, vorübergehend Einsätze zur Abendzeit zu übernehmen, um den gemeinnützigen Pflegeverein zu vertreten. Wenn der gemeinnützige Pflegeverein nicht zusätzlich zum gemeindlichen Pflegedienst engagiert worden wäre, dann hätte die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft nach eigener Aussage, übergangsweise drei Einsätze pro Einsatztag eingeplant „und“ hätte gleichzeitig „so schnell wie möglich versucht“<sup>3938</sup>, eine Heimpflege zu organisieren. Die **Zeit pro Einsatz** lässt sich nicht beliebig erhöhen: Das Pflegepersonal kann nicht rund um die Uhr Pflege leisten<sup>3939</sup>. Es käme nach Aussage der Pflegekraft „ins Rotieren“<sup>3940</sup>, wäre es gefordert, jeweils eine Stunde Arbeitszeit für einen Einsatz zur Abendzeit zu reservieren, um den gemeinnützigen Pflegeverein dauerhaft zur Abendzeit zu vertreten<sup>3941</sup>. Nach Angaben der Pflegekraft kann es im Einzelfall für den morgendlichen Einsatz fünfzehn Minuten, für den mittäglichen Einsatz dreißig bis fünfundvierzig Minuten einplanen.<sup>3942</sup>

Nicht nur die Möglichkeiten des Pflegepersonals, Pflegeleistungen zu übernehmen, sondern auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, **pflegenahe Leistungen** zu erbringen, unterliegen Begrenzungen: Das Pflegepersonal kann begrenzt **pflegenahe Beratungsleistungen** versehen. Es kann die Angehörigen einer desorientierten Patientin zwar beraten. Im Rahmen einer Beratungsaktion kann es sie über die Notwendigkeit einer rund um die Uhr währenden Betreuung aufklären<sup>3943</sup> und kann ihnen Betreuungsmöglichkeiten aufzeigen. Es hat aber keine Garantie dafür, dass die Angehörigen sich beraten lassen.<sup>3944</sup> Das Pflegepersonal kann in begrenztem Umfang **pflegenahe Betreuungsleistungen** übernehmen. Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie hat die Möglichkeit, einem Patienten im Rahmen eines Pflegeeinsatzes in Verbindung mit der Pflege „Sozialbetreuung“<sup>3945</sup> und „seelische Betreuung“<sup>3946</sup> zu bieten. Sie weiß: Wenn sie sich gefordert sieht, jene Betreuungsleistungen zu erbringen, dann ist sie gut beraten, einer Überforderung der eigenen Person vorzubeugen<sup>3947 3948</sup>.

Nicht nur die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten die pflegebedürftige Person zu unterstützen, sondern auch die auf Seiten des Pflegepersonals bestehenden Möglichkeiten, Angehörige zu unterstützen, sind begrenzt.

---

<sup>3938</sup> EPI 8: 7.

<sup>3939</sup> vgl.: EPI 8.2: 35.

<sup>3940</sup> EPI 8: 10.

<sup>3941</sup> vgl.: EPI 8: 10.

<sup>3942</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3943</sup> vgl.: EPI 8.2: 26.

<sup>3944</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3945</sup> EPI 8: 56.

<sup>3946</sup> ebd.: 56.

<sup>3947</sup> vgl.: EPI 8: 56.

<sup>3948</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.



Die Möglichkeit, dass das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes einen Tag und Nacht umfassenden Bedarf an Pflege und Betreuung abdeckt, ohne dass vorrangig Angehörige informelle Pflege und Betreuung leisten, ist organisationsstrukturell bedingt nicht vorgesehen. Die Pflegekraft verdeutlicht: Das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes „kann nicht rund um die Uhr“<sup>3949</sup> Pflege leisten. Es vermag weder ganztägige Betreuung, noch eine Betreuung zur Nachtzeit zu übernehmen<sup>3950 3951</sup>.

#### 8.4.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Die Verpflichtung zur **Pflegearbeit** kann nach Angaben der Pflegekraft die Anforderung beinhalten, Pflegeleistungen zu verrichten, die auch Personen ohne Pflegeausbildung erbringen können: die Körperpflege und die Insulininjektion. Die Pflegekraft weiß: Sie hat weder die Möglichkeit, noch hat sie die Pflicht Tag und Nacht Pflege zu leisten<sup>3952</sup>. Sie hat die Pflicht, im Rahmen fachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Pflege zu leisten. Mit der Verpflichtung zur Pflegearbeit geht die Verpflichtung zur **Koordinationsarbeit** einher. Deutlich wird: Im Prozess der Fallauswahl und Fallbearbeitung werden zahlreiche Fragen bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen aufgeworfen, die Pflege und Betreuung der desorientierten Patientin im häuslichen Kontext zu gewährleisten. Besteht Bedarf an Pflege und Betreuung? Wie lässt sich der Bedarf an Pflege und Betreuung decken? Wie soll die Aufgabenverteilung aussehen? Welche Aufgaben übernimmt die Angehörige? Welche Aufgaben nehmen die Pflegekräfte des gemeindlichen Pflegedienstes wahr und welche Aufgaben erledigt der gemeinnützige Pflegeverein? Zu welchen Zeiten werden die Aufgaben erledigt? Unter welchen Umständen ist eine Heimpflege angezeigt? Koordinationsarbeit ist nach Darstellung der Pflegekraft auch in der Interaktion mit der Angehörigen zu leisten.<sup>3953</sup> Die Verpflichtung zur Pflegearbeit schließt auch die Pflicht ein, **Fehlerarbeit** zu leisten. Die Pflegekraft ist gefordert, Fehler zu vermeiden, die für die pflegebedürftige Person folgeschwer sein können. Die Pflegekraft verdeutlicht das Bemühen, Gefahren für Leib und Leben der Patientin abzuwehren.<sup>3954</sup> Der Pflicht des Pflegepersonals, seine Arbeitskraft zu wahren, entspricht das **Recht auf Freizeit**, das sich am Ende des

---

<sup>3949</sup> EPI 8.2: 35.

<sup>3950</sup> vgl.: EPI 8: 8.

<sup>3951</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3952</sup> vgl.: EPI 8.2: 35.

<sup>3953</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2.; Kapitel 8.2.2.5.1. und Kapitel 8.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3954</sup> siehe Kapitel 8.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Arbeitstages realisieren lässt. Die Pflegekraft macht deutlich: Die Nachtzeit ist für sie normalerweise pflegefreie Zeit.<sup>3955</sup>

#### 8.4.1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Die Pflegekraft ist sich vermutlich bewusst: Berufstätige Angehörige haben ein **Recht auf Freizeit**. Die Möglichkeiten, jenes Recht auf Freizeit zu verwirklichen, sind aber beschränkt, wenn ältere Familienmitglieder, in der Häuslichkeit lebend, der Pflege und Betreuung bedürfen. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt ist die Pflege der desorientierten Patientin im häuslichen Kontext fortzusetzen gewesen, da keine Zustimmung zur Heimpflege vorgelegen hat. Nicht die Angehörige, sondern der Krankenhaussozialdienst hat mit der Stadtverwaltung Kontakt aufgenommen, um den gemeindlichen Pflegedienst zu verständigen. Nicht der gemeindliche Pflegedienst, sondern die Angehörige hat den gemeinnützigen Pflegeverein verständigt.<sup>3956</sup> Angehörige sind aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen vermutlich verpflichtet, sich an der **Organisation von Pflegeprozessen** zu beteiligen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft sieht Angehörige unter Umständen gefordert, die Entscheidung für oder wider die Heimpflege<sup>3957</sup> sowie die Entscheidungen zur Ausgestaltung der häuslichen Pflege<sup>3958</sup> stellvertretend für den Patienten zu fällen. Die Pflegekraft betrachtet es vermutlich als Selbstverständlichkeit, dass Angehörige das Patientenwohl als Entscheidungskriterium wählen, wenn sie gefordert sind, Entscheidungen stellvertretend für den Patienten zu treffen.<sup>3959</sup> Naheliegend ist die Vermutung: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft gefordert, sich in Phasen extrem hohen Pflegebedarfs an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen. Die Pflegekraft verdeutlicht, es als Experiment erlebt zu haben, das sie nicht ruhigen Gewissens zu verantworten vermocht hat und das sie nicht zu wiederholen gedenkt, im Falle eines „rund um die Uhr“<sup>3960</sup> bestehenden Betreuungsbedarfes gefordert gewesen zu sein, Pflege und Betreuung zu leisten, ohne auf informelle Pflege und Betreuung bauen zu können. Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung einer berufstätigen Angehörigen begegnet, die diverse Unterlassungen begangen hat: Sie hat nach Auskunft der Pflegekraft weder in der allerersten Nacht, noch in einer der ersten Nächte im Hause der

<sup>3955</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3956</sup> siehe Kapitel 8.2.1.1. und Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3957</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3958</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3959</sup> siehe Kapitel 8.2.2.3. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3960</sup> EPI 8.2: 26.

Patientin Betreuung geleistet<sup>3961</sup>, obgleich sie gewusst hat, dass eine Betreuung zur Nachtzeit sichergestellt werden muss und eine unterlassene Betreuung zur Nachtzeit riskant ist<sup>3962</sup>.<sup>3963</sup> Sie hat nach Angaben der Pflegekraft auch keine Bereitschaft erklärt, die Pflege notfalls im eigenen Hause zumindest probeweise fortzusetzen.<sup>3964</sup> Die Pflegekraft findet für jene Unterlassungen jener berufstätigen Angehörigen kein Wort des Verständnisses. Anzunehmen ist: Aus Sicht der Pflegekraft ist es Aufgabe von Angehörigen, die Betreuung zur Nachtzeit im Bedarfsfall selber zu gewährleisten, wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll. Anzunehmen ist ferner: Berufstätige Angehörige sollen die Betreuung zur Nachtzeit im häuslichen Kontext aus Sicht der Pflegekraft im Bedarfsfall zumindest probeweise übernehmen. Die Pflegekraft betrachtet es vermutlich als Selbstverständlichkeit, dass Angehörige der häuslichen Pflege nach Möglichkeit den Vorrang vor einer Heimpflege einräumen.

#### 8.4.1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Die Pflegekraft weiß: Es ist jederzeit möglich, versehentlich **Fehler** zu begehen. **Fehlermöglichkeiten** thematisierend, verweist sie auf die Möglichkeit, selber versehentlich Deutungsfehler zu begehen. Der **Bedarf an formeller Unterstützung** ist als interpretationsbedürftige Größe anfällig für Deutungsfehler. Deutlich wird: Die an Diabetes erkrankte Patientin hat in einem Zustand geistiger Verwirrtheit eine Kommunikationsleistung erbracht, eine Klage über körperliches Unwohlsein. Die Pflegekraft ist gefordert gewesen, jene Kommunikationsleistung zu deuten: Liegen körperliche Beschwerden vor, die mit der Krankheitsentwicklung, d.h. mit einem entgleisenden Blutzucker, oder mit der Krankheitsbearbeitung, d.h. mit der Injektionstechnik, verbunden sind? Besteht Behandlungsbedarf? Bedarf es ärztlicher Intervention, um eine Diagnose zu erstellen und um über das Behandlungsverfahren zu entscheiden? Unterschätzung des ärztlichen Interventionsbedarfs ist ein Fehler, der sich für einen Patienten als folgenschwer erweisen kann.<sup>3965</sup> **Fehler als Faktum** thematisierend, verweist sie auf fremde Handlungsfehler. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Die an Diabetes erkrankte Patientin hat es vor der Krankenhausbehandlung an einer den Regeln der Kunst gemäßen Mitarbeit in Sachen Krankheitsbewältigung fehlen lassen. Die Krankenhaussozialarbeiterin hat es nach

---

<sup>3961</sup> vgl.: EPI 8: 12.

<sup>3962</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>3963</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3964</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3965</sup> siehe Kapitel 8.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Auffassung der Pflegekraft unterlassen, sich rechtzeitig zu engagieren, dass die Patientin „in geordnete Verhältnisse“<sup>3966</sup> entlassen wird.<sup>3967</sup>

#### 8.4.2. Handlungsziele

Lässt sich das Bestreben der Pflegekraft unterstellen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten beizutragen, die **Lebensqualität** auf Seiten der Patientin zu sichern? Soll der alleinlebenden Patientin ermöglicht werden, solange wie möglich im eigenen Hause zu verweilen? Die Pflegekraft hat nach eigener Darstellung zu Beginn der Fallbearbeitung die Bereitschaft gezeigt zu prüfen, ob es sich möglicherweise verantworten lässt, die Tag und Nacht betreuungsbedürftige Patientin im eigenen Hause verweilen zu lassen, ohne auf informelle Pflege und Betreuung bauen zu können.<sup>3968</sup> Im Verlauf der Fallbearbeitung hat die Pflegekraft nach eigenem Bekunden als erstes die Erfahrung gemacht: Sie kann nicht ruhigen Gewissens verantworten, die Tag und Nacht betreuungsbedürftige Patientin weitestgehend unbetreut in der vertrauten Häuslichkeit zu belassen.<sup>3969</sup> Nach eigenen Angaben hat die Pflegekraft im Verlauf der Fallbearbeitung als zweites die Erfahrung gemacht: Der Zustand der Patientin hat sich in einem Maße verbessert, dass einstweilen nicht mehr von einem Tag und Nacht umfassenden Betreuungsbedarf auszugehen ist. Die anfänglich desorientierte Patientin befindet sich in einem Zustand relativer Orientiertheit.<sup>3970</sup> Aus Sicht der Pflegekraft ist es vermutlich ruhigeren Gewissens zu verantworten, der sich in einem Zustand relativer Orientiertheit befindenden Patientin einstweilen den Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit zu ermöglichen. Für die Pflegekraft steht fest: Sollte sie in Zukunft wiederholt Betreuungsbedarf zur Nachtzeit feststellen, besteht angesichts der zu erwartenden **Vakanz der familialen Pflegerolle** „keine andere Möglichkeit“<sup>3971</sup> als die Heimpflege.<sup>3972</sup> Auszugehen ist auch von dem Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern: Sicherheit für Leib und Leben der Patientin soll soweit wie möglich gewährleistet werden. Der körperliche Zustand der Patientin soll nach Möglichkeit verbessert werden. Eine Verschlechterung ihres körperlichen Zustands soll möglichst vermieden werden.<sup>3973</sup> Von dem Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern, ist gleichfalls auszugehen. Anzunehmen ist: Die

<sup>3966</sup> EPI 8: 2.

<sup>3967</sup> siehe Kapitel 8.2.1.1. und Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3968</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3969</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3970</sup> siehe Kapitel 8.2.2.2. und Kapitel 8.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3971</sup> vgl.: EPI 8: 50.

<sup>3972</sup> siehe Kapitel 8.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3973</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2.; Kapitel 8.2.2.2. und Kapitel 8.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegekraft ist bestrebt, die eigene Arbeitskraft möglichst zu wahren. Sie hat keine Einsätze zur Nachtzeit geleistet: weder in der allerersten Nacht, noch in einer der ersten Nächte<sup>3974, 3975</sup>. Sie hat sich zwar gefordert gesehen, während der Einsätze zur Mittagszeit nicht nur Pflegeleistungen zu übernehmen, sondern auch Sozialbetreuung zu leisten, hat aber versucht, die mit der Sozialbetreuung verbundene Belastung der eigenen Person zu mindern<sup>3976, 3977</sup>. Nach Möglichkeit soll vermutlich vermieden werden, dass die Angehörige ihre Betreuungsleistungen weiter einschränkt. Eine Einschränkung informeller Betreuungsleistungen kann zwar die Belastung auf Seiten der Angehörigen mindern, die Belastung auf Seiten der Pflegekraft aber erhöhen, da die hergestellte Ordnung der häuslichen Verhältnisse beeinträchtigt wird. Das Engagement der Angehörigen soll vermutlich nicht dadurch geschwächt werden, dass sich das Personal der ambulanten Pflegeorganisationen engagiert, um Pflege und Betreuung zu leisten.<sup>3978</sup> Ist auch von dem Bestreben der Pflegekraft auszugehen, die **Qualität des Arbeitsklimas** zu sichern? Die Pflegekraft hat die Angehörige nach eigener Aussage von Beginn an zwar als unsympathisch empfunden<sup>3979, 3980</sup>, ist aber vermutlich bemüht geblieben, möglichst keine atmosphärischen Störungen zu provozieren.

### 8.4.3. Handlungsstrategien

#### 8.4.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Nach Aussage der Pflegekraft ist die alleinlebende, insulinpflichtige Diabetikerin im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in einem Zustand der Desorientiertheit nicht in ein Heim, sondern in die eigene Häuslichkeit entlassen worden. Das Personal zweier ambulanter Pflegeorganisationen, des gemeindlichen Pflegedienstes und des gemeinnützigen Pflegevereins, hat sich vermutlich gefordert gesehen, der alleinlebenden Patientin formelle Pflege und Betreuung zu bieten, ohne auf informelle Pflege und Betreuung bauen zu können. Wie ist die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft verfahren? Anzunehmen ist: Sie hat, das formelle Pflegeprogramm des gemeindlichen Pflegedienstes einrichtend, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals

<sup>3974</sup> vgl.: EPI 8: 12.

<sup>3975</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3976</sup> vgl.: EPI 8: 56.

<sup>3977</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3978</sup> siehe Kapitel 8.2.2.3.; Kapitel 8.2.2.5.1 und Kapitel 8.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3979</sup> vgl.: EPI 8: 34.

<sup>3980</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2.; Kapitel 8.2.2.1.; Kapitel 8.2.2.2.; Kapitel 8.2.2.3. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

**begrenzt.**<sup>3981</sup> Sie hat die Arbeitszeiten und die Arbeitsleistungen beschränkt. Sie hat sowohl Zeit für Einsätze an allen regulären Einsatztagen (Montag bis Freitag) als auch Zeit für Einsätze an den außergewöhnlichen Einsatztagen (Samstag und Sonntag) freigehalten. Sie hat Zeit für zwei Einsätze pro Einsatztage reserviert: fünfzehn Minuten für den Einsatz zur Vormittagszeit, dreißig bis fünfundvierzig Minuten für den Einsatz zur Mittagszeit. Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen (Hilfe beim Waschen, Insulininjektion, Kontrolle der Nahrungsaufnahme zur Mittagszeit) im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit ausgewählten pflegenahen Leistungen kombiniert: mit pflegenahen Betreuungsleistungen und mit pflegenahen Hausarbeiten.<sup>3982</sup> Sie hat nach eigener Darstellung erlebt:

- Nicht nur Personal des gemeindlichen Pflegedienstes, sondern auch das Personal des gemeinnützigen Pflegevereins hat seinen Arbeitsaufwand begrenzen müssen. Gemessen an den Einsatzzeiten hat das Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes allerdings eine stärkere Begrenzung als das Engagement des gemeinnützigen Pflegedienstes aufgewiesen.
- Das Personal beider Organisationen hat seine Einsatzzeiten im Verlauf der Fallbearbeitung unverändert beibehalten: Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes hat fortwährend eine Einsatzzeit von maximal einer Stunde pro Tag reserviert, während das Personal des gemeinnützigen Pflegedienstes fortlaufend eine Einsatzzeit von maximal zwei Stunden pro Tag eingeplant hat.

Die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft ist sich eigenem Bekunden nach bewusst gewesen: Der gemeindliche Pflegedienst hätte das Engagement des gemeinnützigen Pflegevereins auf Dauer nicht ersetzen können.<sup>3983</sup> Anzunehmen ist: Sie hat kontinuierlich **Bedarfsprüfungen** durchgeführt. Sie ist zu Beginn der Fallbearbeitung vermutlich der Auffassung gewesen: Die alleinlebende Patientin bedarf einer Betreuung „rund um die Uhr“<sup>3984</sup>. Das Maß der sachlich notwendigen Betreuung übersteigt das Maß der organisatorisch möglichen Betreuung. Weder das alleinige Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes noch das gemeinsame Engagement beider Organisationen ambulanter Pflege erlaubt es, die alleinlebende Patientin Tag und Nacht zu betreuen. Nicht nur das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes, sondern auch das Personal des gemeinnützigen Pflegevereins muss seinen Arbeitsaufwand

<sup>3981</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3982</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.3. und Kapitel 8.2.2.5.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3983</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3984</sup> EPI 8.2: 26.

notgedrungen begrenzen, **ohne ein** aus Personalsicht **rechtes Maß** der Begrenzung etablieren zu können. Das eingerichtete Betreuungsarrangement lässt sich nicht ruhigen Gewissens verantworten.<sup>3985</sup> Im Verlauf der Fallbearbeitung ist sie vermutlich zu der Auffassung gelangt: Es ist einstweilen nicht mehr von einem Tag und Nacht umfassenden bestehenden Betreuungsbedarf auszugehen. Das Maß der sachlich notwendigen Betreuung lässt sich bis auf weiteres mit dem Maß der organisatorisch möglichen Betreuung in Einklang bringen. Hält sowohl das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes als auch das Personal des gemeinnützigen Pflegevereins nunmehr an seinen Einsatzzeiten fest, lässt sich das eingerichtete Betreuungsarrangement einstweilen ruhigeren Gewissens verantworten.<sup>3986</sup> Naheliegend ist die Vermutung: Bemüht, das Personal **nur soweit** einzusetzen, wie es aus Personalsicht **nötig und möglich** ist, hat sie an den Einsatzzeiten des gemeindlichen Pflegedienstes festgehalten.

Anzunehmen ist: Die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft hat während der Einsätze zur Mittagszeit ein Missverhältnis zwischen Pflegeleistungen und pflegenahen Betreuungsleistungen erlebt. Sie hat eine **Strategie der Arbeitssuche** angewendet, um eine Arbeitssituation zu bewältigen, in der sie sich zu ihrem Leidwesen gefordert gesehen hat, vornehmlich Sozialbetreuung und seelische Betreuung zu leisten<sup>3987</sup>.<sup>3988</sup> Anzunehmen ist ferner: Sie hat nicht nur selber Pflege geleistet, sondern

hat auch formelle Pflege leisten lassen. Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes hat, die **Strategie des Personalwechsels** nutzend, Pflege geleistet. Darüber hinaus hat auch das Personal des gemeinnützigen Pflegevereins Pflegeleistungen übernommen. Informelle Pflege ist vermutlich nicht von Dauer gewesen. Zu unterstellen ist: Ein ausgewähltes Familienmitglied, die außerhalb lebende Angehörige, hat nicht die Beteiligung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern die Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen beendet. Jene Angehörige hat in der Nacht vor dem ersten Pflegeeinsatz vermutlich Hilfe beim An- und Auskleiden geleistet. In der Folgezeit hat sie wahrscheinlich weder in der Zeit während der Pflegeeinsätze, noch in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen informelle Pflegeleistungen erbracht.<sup>3989</sup>

Hat die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft versucht, die Angehörige am Prozess der Sicherstellung der Pflege **soweit** zu beteiligen, wie sie deren Mitwirkung als **nötig und möglich** erachtet hat? Im Verlauf der Fallbearbeitung hat sie vermutlich deren Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen, nicht aber deren Beteiligung

---

<sup>3985</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3986</sup> siehe Kapitel 8.2.2.2.; Kapitel 8.2.2.4. und Kapitel 8.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3987</sup> vgl.: EPI 8: 56.

<sup>3988</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3989</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

an der Organisation von Pflegeleistungen als unmöglich verworfen.<sup>3990</sup> Sie verdeutlicht erstens: Das formelle Pflegeprogramm einrichtend, hat sie den **Vorrang informeller Pflege** nur **widerstrebend** aufgehoben. Sie hat zwar die Notwendigkeit, nicht aber die Möglichkeit gesehen, sich in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen auf den Vorrang informeller Pflege zu stützen. Sie verdeutlicht zweitens: Sie hat den Vorrang informeller Pflege **probeweise** aufgehoben und hat die probeweise Aufhebung des Vorrangs informeller Pflege als **belastend** erlebt. Sie hat befürchtet: In Zeiten, in denen keine formelle Pflege geleistet werden kann, kommt es zu einem Zwischenfall und die Patientin nimmt Schaden. Die Befürchtung hat sich nicht bewahrheitet. Im Gegenteil: Der Zustand der Patientin hat sich verbessert.<sup>3991</sup> Sie verdeutlicht drittens: Sie hat den Vorrang informeller Pflege im Einzelfall **ausnahmsweise** aufgehoben. Sie schließt eine Wiederholung des Experimentes für den Fall eines erneuten nächtlichen Betreuungsbedarfs aus.<sup>3992</sup> Sie sieht sich in der Auffassung bestätigt: Lässt sich der Vorrang informeller Pflege im Falle eines Tag und Nacht umfassenden Betreuungsbedarfs nicht realisieren, ist nicht die ambulante Pflege, sondern die Heimpflege angezeigt.

#### 8.4.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Anzunehmen ist: Die Aufmerksamkeit auf den Auftrag richtend, bedingt Pflegearbeit zu leisten, hat die Pflegekraft sowohl im Prozess der Fallauswahl als auch im Prozess der Fallbearbeitung **Koordinationsarbeit** geleistet. Anzunehmen ist: Sie hat auch in der **Interaktion mit der Angehörigen** Koordinationsleistungen erbracht.<sup>3993</sup> Sie hat der Angehörigen **Entscheidungen** über das formelle Pflegeprogramm des gemeindlichen Pflegedienstes wahrscheinlich nicht nur **mitgeteilt**, sondern auch **erläutert**, soweit sie Mitteilungen und Erläuterungen als opportun erachtet hat. Zu vermuten ist: Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm erläuternd, hat sie Einblick in Bedingungen formeller Pflege gewährt. Hat sie auch Einblick in Zielsetzungen formeller Pflege geboten? Sie hat der Angehörigen vermutlich zu verstehen gegeben: Eine Verbesserung im Zustand der Patientin wäre wünschenswert<sup>3994</sup>. Die Arbeit an der Zielerreichung ist geboten, auch wenn sich die Zielerreichung nicht garantieren lässt.

---

<sup>3990</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. und Kapitel 8.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3991</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3992</sup> siehe Kapitel 8.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3993</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2.; Kapitel 8.2.2.5.1. und Kapitel 8.2.2.5.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3994</sup> vgl.: EPI 8: 40.



Die Pflegekraft hat in der Interaktion mit der Angehörigen vermutlich nicht nur über **formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals**, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert. Anzunehmen ist: Sofern sie es für opportun gehalten hat, hat sie der Angehörigen Hinweise auf **Ansprüche** gegeben, die sie hinsichtlich der Gewährung informeller Unterstützung hat. Die Pflegekraft hat es wahrscheinlich als Selbstverständlichkeit betrachtet, dass die Angehörige, die das Geld der Patientin verwaltet<sup>3995</sup>, sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligt, sofern finanzielle Entscheidungen zu fällen und finanzielle Transaktionen durchzuführen gewesen sind. Sie hat der Angehörigen vermutlich zu verstehen gegeben, dass es deren Aufgabe ist, den Friseur<sup>3996</sup> zu engagieren. Sie hat sie vermutlich nicht aufgefordert, sich an dem Verfahren zu beteiligen, auf das sich die mit der Fallbearbeitung betrauten Fachkräfte geeinigt haben, um sich wechselseitig über die Zustandsentwicklung auf Seiten der Patientin zu verständigen.<sup>3997</sup> Hat die Pflegekraft der berufstätigen Angehörige zu verstehen gegeben, dass es deren Aufgabe ist, sich an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen, indem sie die Betreuung zur Nachtzeit im Hause der Patientin zumindest vorübergehend sicherstellt?<sup>3998</sup>

- Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat die Angehörige vor Beginn der Fallbearbeitung aufgeklärt, dass die Betreuung zur Nachtzeit gewährleistet sein muss und dass eine unterlassene Betreuung zur Nachtzeit riskant ist<sup>3999</sup>, hat mit der Angehörigen aber nicht vereinbart, dass diese die Betreuung während der allerersten Nacht oder gar während der ersten Nächte im Hause der Patientin übernimmt<sup>4000</sup>.
- Anzunehmen ist ferner: Die Angehörige hat die Betreuung zur Nachtzeit im Hause der Patientin weder in der allerersten Nacht, noch in einer der ersten Nächte sichergestellt. Jene Unterlassung der Angehörigen in der Erzählzeit besprechend, signalisiert die Pflegekraft nicht Verständnis, sondern Missbilligung. Aus Sicht der Pflegekraft ist die Angehörige „abgezischt“<sup>4001</sup>. Sie behandelt jene Unterlassung nicht als Fall entschuldigten Fehlens.

<sup>3995</sup> vgl.: ebd.: 15.

<sup>3996</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3997</sup> siehe Kapitel 8.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3998</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>3999</sup> vgl.: EPI 8: 8.

<sup>4000</sup> vgl.: ebd.: 12.

<sup>4001</sup> ebd.: 12.

- Es ist von der Annahme auszugehen: Die Pflegekraft ist die erste Woche zwar der Auffassung gewesen, dass sich die fehlende Betreuung zur Nachtzeit nicht ruhigen Gewissens verantworten lässt, hat die erste Woche<sup>4002</sup> aber keinen Versuch gestartet, mit der Angehörigen eine nachträgliche Vereinbarung darüber zu schließen, dass diese die Betreuung zur Nachtzeit im Hause der Patientin übergangsweise sicherstellt.

Es ist vermutlich auch nicht vereinbart worden, dass die Angehörige in Gestalt regelmäßiger Besuche im Hause der Patientin einen regelmäßigen Beitrag leistet, die Betreuung am Tage sicherzustellen.<sup>4003</sup> Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat, mit der Angehörigen interagierend, die Kommunikation über die **Zukunft des im Hause der Patientin zur Erprobung anstehenden Unterstützungsarrangements** gesucht. Die Pflegekraft hat die Angehörige nach eigener Aussage gedanklich auf den Fall der Fälle vorbereitet: Sie als Pflegekraft stellt im Verlauf einer kurzen Probezeit fest, dass es nicht zu verantworten ist, die Patientin weiterhin alleine im eigenen Hause verweilen zu lassen<sup>4004</sup>. Sie hat die Angehörige eigenem Bekunden nach ferner über den für den Fall jenes Falles entwickelten eigenen Verfahrensplan aufgeklärt: Sie gedenkt, im Fall jenes Falles das formelle Pflegeprogramm des gemeindlichen Pflegedienstes einzustellen. Nach eigener Auskunft hat sie darüber hinaus Aufklärung über die Verfahrensmöglichkeiten geleistet, die der Angehörige bleiben, wenn sie jenen Verfahrensplan im Fall der Fälle verwirklicht: Die Kontinuität der Pflege lässt sich durch einen Wechsel des Pflegekontextes, sei es durch Einleitung einer Pflege im Hause der Angehörigen, sei es durch Einleitung einer Heimpflege, sicherstellen. Sie hat anfänglich vermutlich stillschweigend unterstellt: Die Angehörige räumt der häuslichen Pflege den Vorrang vor der Heimpflege ein, erklärt sich bereit, die Pflege notfalls im eigenen Hause (zumindest probeweise) fortzusetzen, und lässt damit die Bereitschaft erkennen, dass ältere Familienmitglied im eigenen Hause (zumindest probeweise) nicht nur am Tag betreuen zu lassen, sondern auch zur Nacht selber zu betreuen.<sup>4005</sup> Im Verlaufe der Zeit hat sie sich vermutlich gefordert gesehen, jene Unterstellung als unhaltbar zu verwerfen. Die Angehörige hat sich nach Angaben der Pflegekraft nicht für die Fortsetzung der Pflege im eigenen Hause, sondern für die Einleitung der Heimpflege ausgesprochen, wenn sich der Zustand der Seniorin verschlechtert und sich die häusliche Pflege in deren Häuslichkeit nicht länger sicherstellen lässt<sup>4006 4007</sup>.

<sup>4002</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>4003</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4004</sup> vgl.: EPI 8: 7f.

<sup>4005</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4006</sup> vgl.: EPI 8.2: 31.

Anzunehmen ist: In der Interaktion mit der entfernt lebenden, berufstätigen Angehörigen hat sich keineswegs problemlos Koordinationsarbeit leisten lassen. Erklärungsmöglichkeiten finden sich sowohl auf Seiten der Angehörigen als auch auf Seiten der Pflegekraft. Die Lebensumstände von Angehörigen, deren Wohnsituation und deren berufliche Verpflichtungen, haben die Koordination möglicherweise erschwert. Möglicherweise haben auch Gefühle der Pflegekraft die Koordination behindert. Nicht auszuschließen ist: Die Pflegekraft hat ein Gefühl von Verärgerung darüber verspürt, dass die Angehörige „abgezischt“<sup>4008</sup> ist. Sie hat sich vermutlich die erste Woche durch deren mangelndes Engagement geschädigt gefühlt<sup>4009 4010</sup>. Nicht auszuschließen ist ferner: Die Pflegekraft hat Wertvorstellungen, die sie selber in Bezug auf die Gestaltung von Familienbeziehungen unterhält, durch Handlungen und Handlungsweisen der Angehörigen verletzt gesehen und hat ein Gefühl von Antipathie gegen die Angehörige entwickelt.<sup>4011</sup> Nicht nur nicht kommunizierte Gefühle, sondern auch nicht kommunizierte Anspruchshaltungen können sich als Koordinationsbarriere erweisen. Der Pflegekraft hat es möglicherweise an Resoluteit bei der Formulierung und Durchsetzung eigener Anspruchshaltungen gemangelt. Auch jener Mangel an Resoluteit mag die Koordination erschwert haben.

#### 8.4.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Zu vermuten ist: Die Aufmerksamkeit auf den Auftrag konzentrierend, bedingt Pflege zu leisten, hat die Pflegekraft **Fehlerarbeit** geleistet. Ihr ist vermutlich an Fehlervermeidung gelegen gewesen. Anzunehmen ist: Sie hat in Prozessen der Bedarfsbestimmung an der **Vermeidung eigener Deutungsfehler** gearbeitet. Sie ist bestrebt gewesen, den (formellen) Pflegebedarf weder zu unterschätzen, noch zu überschätzen. Sie hat zu Zwecken der Bedarfsbestimmung kontinuierlich Daten gesammelt und ausgewertet. Sie hat in Interaktionsprozessen **verbale Daten** gesammelt: Sie hat mit diversen Interaktionspartnern kommuniziert (mit der Patientin, mit der Angehörigen, mit dem Hausarzt, mit der Stationsschwester und mit der Krankenhaussozialarbeiterin) und hat deren Sichtweise registriert.<sup>4012</sup> Sie hat in Interaktionsprozessen auch **Beobachtungsdaten** gesammelt: Sie hat den Körper der Patientin untersucht und hat die Patientin beim Vollzug ausgewählter Handlungen beobachtet. Sie hat auch

<sup>4007</sup> siehe Kapitel 8.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4008</sup> EPI 8: 12.

<sup>4009</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>4010</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4011</sup> siehe Kapitel 8.2.2.1.; Kapitel 8.2.2.2. und Kapitel 8.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4012</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

**schriftliche Daten** zu Zwecken der Bedarfsbestimmung nutzen können. Sie verdeutlicht: Die mit der Fallbearbeitung betrauten Fachkräfte haben sich geeinigt, in einem im Haushalt der Patientin deponierten Notizbuch Informationen zur Fallentwicklung zu hinterlegen.<sup>4013</sup> Der Pflegekraft ist vermutlich nicht nur an der Vermeidung eigener Deutungsfehler, sondern auch an der **Vermeidung eigener Handlungsfehler** gelegen gewesen. Anzunehmen ist: Sie hat die Klage der desorientierten Patientin über körperliches Unwohlsein zum Anlass genommen, den Hausarzt zeitnah zu verständigen, um keinen für die Patientin folgeschweren Fehler zu begehen. Jene Klage der Patientin deutend, hat sie es vermutlich vorgezogen, lieber versehentlich körperliche Beschwerden zu unterstellen, als irrtümlicherweise körperliche Beschwerden zu übersehen.<sup>4014</sup>

Die Pflegekraft macht deutlich: Sie hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur um Fehlervermeidung bemüht. Sie hat sich auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Sie hat sich nach eigener Darstellung gefordert gesehen, einen Handlungsfehler der Krankenhaussozialarbeiterin zu bearbeiten. Wie hat sie auf das Versäumnis der Krankenhaussozialarbeiterin reagiert, eine Entlassung „in geordnete Verhältnisse“<sup>4015</sup> vorzubereiten? Sie verdeutlicht, keine Möglichkeit gesehen zu haben, eine Behandlung jenes Fehlers im Rahmen der Pflegearbeit zu verweigern. Sie macht deutlich, die Möglichkeit genutzt zu haben, jenen Fehler im Rahmen der Koordinationsarbeit zu behandeln. Nach eigenen Angaben hat sie der Krankenhaussozialarbeiterin vorgeworfen, ihre Aufgabe nicht erledigt zu haben<sup>4016 4017</sup>.

#### 8.4.4. Handlungsfolgen

Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege hat sich das private Engagement der Angehörigen und das berufliche Engagement der Pflegekräfte kombinieren lassen.<sup>4018</sup> Die Kombination ist jedoch eine Kombination besonderer Art gewesen. Die Angehörige hat sich zwar weiterhin an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligt, hat aber eine Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen zu vermeiden gesucht. Die Pflegekräfte haben sich nicht nur der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses gewidmet, sondern haben auch die Produktion von Pflegeleistungen übernommen. Die Angehörige und das

---

<sup>4013</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4014</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4015</sup> EPI 8: 2.

<sup>4016</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>4017</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4018</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

Pflegepersonal haben die pflegebedürftige Person im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **gemeinsam** unterstützt: sei es durch ein Engagement im Rahmen der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sei es durch ein Engagement im Rahmen der Produktion von Pflegeleistungen. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage erstens erlebt: Die häuslichen Verhältnisse haben sich ordnen lassen. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage zweitens erfahren: Mit der Ordnung der häuslichen Verhältnisse ist eine Verbesserung im Zustand der pflegebedürftigen Person einhergegangen<sup>4019</sup>. Die Pflegekraft ist der Ansicht: Jene Zustandsverbesserung lässt sich eher als Folge des formellen Engagements, denn als Folge des informellen Engagements deuten.<sup>4020</sup> Haben sich die Angehörige und das Pflegepersonal im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege auch **wechselseitig** unterstützt? Die Pflegekraft ist vermutlich der Ansicht: Das Pflegepersonal hat einen Beitrag zur Entlastung der Angehörigen geleistet. Jener Beitrag ist organisationsstrukturell bedingt begrenzt geblieben. Die Pflegekraft ist ferner vermutlich der Ansicht: Die eigene Belastung hätte sich zumindest teilweise reduzieren lassen, hätte die Angehörige es nicht an Unterstützung fehlen lassen. Aus Sicht der Pflegekraft hätte die Angehörige vermutlich stärker zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen können und sollen.<sup>4021</sup>

Die Pflegekraft geht wahrscheinlich von der Annahme aus: Da das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes strukturell bedingt nur begrenzte Möglichkeiten hat, Pflegeleistungen zu übernehmen, schwinden seine Chancen, die Pflege im Pflegefall im häuslichen Kontext sicherstellen zu können, wenn im Pflegefall keine informelle Pflege geleistet wird. Sie ist wahrscheinlich auch der Auffassung: In Fällen, in denen informelle Pflege fehlt, sprengt ein Tag und Nacht umfassender bestehender Betreuungsbedarf nicht nur die Leistungsmöglichkeiten einer besonderen Organisationsform ambulanter Pflege, sondern die Leistungsmöglichkeiten der Organisation ambulanter Pflege generell. Nach Darstellung der Pflegekraft ist im Einzelfall nur in der Anfangszeit von einem rund um die Uhr bestehenden Betreuungsbedarf auszugehen gewesen<sup>4022, 4023</sup>. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Sie hat im Einzelfall nicht die Kombination von informeller und formeller Pflege erlebt, sondern die Kombination des Engagements zweier ambulanter Pflegeorganisationen. Sie ist sich vor Beginn der Fallbearbeitung bewusst gewesen: Das Problem, die Pflege und Betreuung im häuslichen Kontext rund um die Uhr sicherzustellen, ohne auf informelle Pflege bauen zu können, lässt sich durch das alleinige Engagement des gemeindlichen Pflegedienstes

---

<sup>4019</sup> siehe Kapitel EPI 8: 42. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4020</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4021</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4022</sup> vgl.: EPI 8.2: 26.

<sup>4023</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.4. aus Kapitel III dieser Arbeit.

nicht lösen<sup>4024</sup>.<sup>4025</sup> Sie hat zu Beginn der Fallbearbeitung erlebt: Das Problem, die Pflege und Betreuung im häuslichen Kontext Tag und Nacht zu gewährleisten, ohne auf informelle Pflege setzen zu können, lässt sich auch nicht durch das gemeinsame Engagement von gemeindlichem Pflegedienst und gemeinnützigen Pflegeverein lösen. Das Problem, die Betreuung am Tag sicherzustellen, wird nur ansatzweise gelöst<sup>4026</sup> und dass das Problem, die Betreuung zur Nachtzeit zu gewährleisten, bleibt gänzlich ungelöst. Jenen rund um die Uhr bestehenden<sup>4027</sup>, aber weitgehend ungedeckt bleibenden Betreuungsbedarf wahrnehmend, hat sie „kein ruhiges Gewissen“<sup>4028</sup>.<sup>4029</sup> Zu Beginn der Fallbearbeitung ist sie der Auffassung gewesen: Das Betreuungsarrangement stellt ein Experiment dar.<sup>4030</sup> Im Verlauf der Fallbearbeitung ist sie zu der Auffassung gelangt: Jenes Experiment ist zwar erfolgreich ausgegangen, ist aber nicht ruhigen Gewissens zu verantworten.<sup>4031</sup> Sie lässt keine Bereitschaft erkennen, jenes Experiment im Einzelfall zu wiederholen, wenn sie erneut Betreuungsbedarf zur Nachtzeit feststellt. Sie lässt auch keine Bereitschaft erkennen, das Experiment in einem vergleichbaren anderen Fall zu wiederholen.<sup>4032</sup> Sie ist nach eigener Darstellung der Ansicht: Auch das Engagement einer Pflegerin, die auf gewerblicher Basis Pflege leistet<sup>4033</sup>, bietet keine Lösung für das Problem, die Pflege und Betreuung im häuslichen Kontext Tag und Nacht sicherzustellen, ohne sich auf informelle Pflege verlassen zu können. Aus Sicht der Pflegekraft besteht zwar die Möglichkeit, eine Pflegeperson zu engagieren, die auf gewerblicher Basis eine ganztägige Betreuung übernimmt. Aus Sicht der Pflegekraft besteht aber keine Möglichkeit, eine Pflegeperson zu engagieren, die auf gewerblicher Basis die Betreuung zur Nachtzeit sicherstellt<sup>4034</sup>.<sup>4035</sup>

---

<sup>4024</sup> vgl.: EPI 8.2: 35.

<sup>4025</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4026</sup> vgl.: EPI 8: 4.

<sup>4027</sup> vgl.: EPI 8.2: 26.

<sup>4028</sup> EPI 8: 12.

<sup>4029</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. und Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4030</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4031</sup> siehe Kapitel 8.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4032</sup> siehe Kapitel 8.3. aus Kapitel III dieser Arbeit.

<sup>4033</sup> vgl.: EPI 8: 8.

<sup>4034</sup> vgl.: ebd.: 8.

<sup>4035</sup> siehe Kapitel 8.2.1.2. aus Kapitel III dieser Arbeit.

## IV Untersuchungsergebnisse: Das Erfahrungswissen einer Pflegefachkraft - Die berufliche Sozialisation in der ambulanten Pflege als Fundus

Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse findet nunmehr ihre Fortsetzung mit der Vorstellung der auf der Auswertung der allgemeinen Leitfadeninterviews basierenden Befunde. Die zu Untersuchungszwecken ausgewählte Pflegekraft hatte im Rahmen jener allgemeinen Leitfadeninterviews nicht ihre aktuell geleistete Arbeit in ausgewählten (sprich: neuen) Fällen häuslicher Pflege, sondern ihre berufslebenslang erbrachte Arbeit in allen Fällen häuslicher Pflege zum Bezugspunkt für die Präsentation ihrer beruflichen Erfahrungen in der ambulanten Pflege gemacht. Bezugspunkte für die Ergebnispräsentation sind die Handlungsbedingungen (Kapitel IV 1), die Handlungsziele (Kapitel IV 2), die im Rahmen der Pflegearbeit, der Koordinationsarbeit und der Fehlerarbeit beobachtbaren Handlungsstrategien (Kapitel IV 3) und die Handlungsfolgen (Kapitel IV 4), die sich als zentrale Bausteine rekonstruierter Arbeitsprozesse bereits im Rahmen der Episodenanalysen bewährt hatten.

### 1. Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsbedingungen

#### 1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Die leitende Pflegekraft vermittelt einen Eindruck von der **Heterogenität der Bedürfniskonstellationen**, die sie in Pflegehaushalten antrifft.<sup>4036</sup> Sie nimmt sowohl auf Seiten der zu pflegenden Personen als auch auf Seiten der pflegenden Angehörigen Bedürfnisse wahr. Sie unterstellt: **Zu pflegende Personen** haben nicht nur ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und körperlicher Unversehrtheit, sondern auch ein Bedürfnis nach sozialer Bindung und sozialer Sicherheit. Sie erklärt: Teils begehren zu pflegende Personen „nur Pflege“<sup>4037</sup>, teils begehren sie auch „Liebe“<sup>4038</sup> und „Geselligkeit“<sup>4039</sup>. Sie betont: Der größte Wunsch, den Personen haben, wenn sie alt und pflegebedürftig werden, sei es, im häuslichen Kontext bleiben und sterben zu dürfen<sup>4040</sup>. Sie ist der

---

<sup>4036</sup> Die Untersuchungsergebnisse basieren auf der Auswertung folgender allgemeiner Leitfadeninterviews: ALI 1 (geführt am 18. 2.1988, 110 Minuten), ALI 2 (geführt am 8. 3.1988, 60 Minuten), ALI 3 (geführt am 22. 3.1988, 140 Minuten), ALI 4 (10. 5.1988, 108 Minuten), ALI 5 (geführt am 11.11.1988, 80 Minuten) und ALI 6 (geführt am 17.11.1988; 115 Minuten). Alle Interviews waren, mit Ausnahme des letzten, Einzelinterviews mit der ausgewählten Krankenschwester. In ALI wurden die Krankenschwester (A1) und die Krankenpflegehelferin (A2) befragt. Die Interviewkonstruktion erfolgte textnah, in enger Anlehnung an den Sprachgebrauch der Befragungsperson. Dies erklärt die Menge der Fußnoten.

<sup>4037</sup> ALI 5: 34.

<sup>4038</sup> ebd.: 34.

<sup>4039</sup> ebd.: 12.

<sup>4040</sup> vgl.: ALI 3: 44.

Annahme: Auch **pflegende Angehörige** haben ein Bedürfnis nach sozialer Bindung. Sie erklärt: Pflegende Angehörige suchen Gesellschaft<sup>4041</sup>. Ferner nimmt sie an: Auch pflegende Angehörige haben ein Bedürfnis nach sozialer Sicherheit. Sie erklärt: Pflegende Angehörige wünschen sich, „mit Rat und Tat“<sup>4042</sup> unterstützt zu werden. Sie haben „Angst“<sup>4043</sup>, sie könnten gefordert sein, belastende Situationen häuslicher Pflege „alleine zu bewältigen“<sup>4044</sup>. Sie lassen jene „Angst“<sup>4045</sup> sowohl in Situationen, in denen die zu pflegende Person hochgradig pflegebedürftig ist<sup>4046</sup>, als auch in Situationen, in denen die zu pflegende Person im Sterben liegt<sup>4047</sup>, erkennen. Sie hoffen, dass das in der ambulanten Pflege tätige Pflegepersonal ihnen das Versprechen gibt, Unterstützung zu leisten, und vertrauen darauf, dass das Pflegepersonal jenes Versprechen einlöst<sup>4048</sup>. Sie geht des Weiteren von der Unterstellung aus: Pflegende Angehörige haben sowohl ein Bedürfnis nach Erholung<sup>4049</sup> als auch ein Bedürfnis nach sozialer Anerkennung<sup>4050</sup>.

Sowohl Bedürfnisse auf Seiten der zu pflegenden Personen als auch Bedürfnisse auf Seiten der pflegenden Angehörigen können den Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten auf Seiten des Pflegepersonals jederzeit sprengen. Sie können sich in den Arbeitsprozessen des Pflegepersonals jederzeit als Störfaktor erweisen. Die leitende Pflegekraft gewährt Einblick in die **Ungewissheit der Bedürfnisentwicklung**. Sie verdeutlicht: Bedürfnisse nach sozialer Bindung können den reibungslosen Ablauf der Arbeit im Einzelfall erschweren. Sie erklärt: Wenn familiäre Pflegepersonen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes den Versuch unternehmen, mit der Pflegekraft Kontakt aufzunehmen, um zu kommunizieren, dann kann die Pflegekraft ihre Aufmerksamkeit nicht ausschließlich auf den Patienten zentrieren. Es ist für die Pflegekraft „ein bisschen problematisch“<sup>4051</sup>, im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit zwei Personen konfrontiert zu sein, die gleichermaßen Aufmerksamkeit verlangen: einerseits mit dem Patienten, andererseits mit dem Angehörigen<sup>4052</sup>. Sie verdeutlicht ferner: Bedürfnisse nach sozialer Bindung können auch den reibungslosen Ablauf der Arbeit im Bestand der Fälle erschweren. Sie erklärt: Wenn zu pflegende Personen an Einsamkeit leiden und im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit Erzählungen beginnen, dann kann man jenen

---

<sup>4041</sup> vgl.: ALI 2: 9; ALI 4: 19.

<sup>4042</sup> ALI 4: 19.

<sup>4043</sup> vgl.: ALI 2: 11, ALI 5: 24.

<sup>4044</sup> ALI 2: 11.

<sup>4045</sup> ALI 2: 11, ALI 5: 24.

<sup>4046</sup> vgl.: ALI 2: 11.

<sup>4047</sup> vgl.: ALI 5: 24.

<sup>4048</sup> vgl.: ALI 6 A1: 9.

<sup>4049</sup> vgl.: ALI 1: 35, 66; ALI 3: 75.

<sup>4050</sup> vgl.: ALI 5: 33.

<sup>4051</sup> ALI 2: 9.

<sup>4052</sup> vgl.: ebd.:9.



Pflegeeinsatz schwerlich beenden. Der plangemäße Ablauf zeitnah folgender Pflegeeinsätze ist gefährdet<sup>4053</sup>.

Die leitende Pflegekraft bietet Einblick in die **Heterogenität der Bedarfskonstellationen**, die sie in Pflegehaushalten vorfindet. Sie berichtet: Sie ermittele teils Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln<sup>4054</sup>, teils Bedarf an persönlicher Hilfestellung im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege<sup>4055</sup>. Sie stelle auf Seiten der **zu pflegenden Personen** teils extrem niedrigen Pflegebedarf<sup>4056</sup>, teils extrem hohen Pflegebedarf fest<sup>4057</sup>. Sie nehme auf Seiten der zu pflegenden Personen nicht nur Pflegebedarf wahr, sondern registriere teils auch Beratungsbedarf<sup>4058</sup>, Bedarf an sozialer Betreuung<sup>4059</sup>, Bedarf an Hilfen im Haushalt<sup>4060</sup>, Bedarf an medizinischer Behandlung<sup>4061</sup> und Bedarf an krankengymnastischer Behandlung<sup>4062</sup>. Sie verdeutlicht, nicht nur auf Seiten der zu pflegenden Personen, sondern auch auf Seiten der **pflegenden Angehörigen** Unterstützungsbedarf wahrzunehmen. Sie erklärt: Wenn Angehörige Tag und Nacht Pflege leisten müssen, dann benötigen sie auch Freizeit<sup>4063</sup>. Pflegende Angehörige bedürfen nach Ansicht der Pflegekraft teils der Beratung, teils der sozialen Betreuung<sup>4064</sup>.

Die leitende Pflegekraft verweist auf die **Ungewissheit der Bedarfsentwicklung**. Sie verdeutlicht: Die Bedarfsentwicklung ist im **Einzelfall** von Ungewissheit geprägt. Eine Phase geringen Pflegebedarfs kann jederzeit in eine Phase hohen Pflegebedarfs umschlagen. Ein Badefall kann jederzeit zu einem Sterbefall werden und aus dem Bestand der Fälle ausscheiden<sup>4065</sup>. Sie macht ferner deutlich: Die Bedarfsentwicklung im **Bestand der Fälle** ist nicht minder ungewiss. Ungewiss ist die Entwicklung der Fallmengen. Es kann jederzeit sowohl zu steigenden Fallzahlen<sup>4066</sup>, als auch zu sinkenden Fallzahlen kommen<sup>4067</sup>. Ungewiss ist auch die Entwicklung in der Struktur der Fallmengen: Dominieren Sterbefälle<sup>4068</sup>, besteht ein strukturelles Ungleichgewicht. Jenes

---

<sup>4053</sup> vgl.: ALI 6 A1: 50.

<sup>4054</sup> vgl.: ALI 1: 1f.

<sup>4055</sup> vgl.: ALI 2: 4.

<sup>4056</sup> vgl.: ALI 2: 27; ALI 3: 13.

<sup>4057</sup> vgl.: ALI 1: 64; ALI 2: 11.

<sup>4058</sup> vgl.: ALI 6 A1: 39f.

<sup>4059</sup> vgl.: ALI 1: 17; ALI 5: 13, 27f.

<sup>4060</sup> vgl.: ALI 4: 52.

<sup>4061</sup> vgl.: ALI 5: 40f.

<sup>4062</sup> vgl.: ebd.: 46.

<sup>4063</sup> vgl.: ALI 1: 66.

<sup>4064</sup> vgl.: ALI 1: 2; ALI 3: 32, 36.

<sup>4065</sup> vgl.: ALI 4: 41f.

<sup>4066</sup> vgl.: ALI 1: 16; ALI 2: 5f.

<sup>4067</sup> vgl.: ALI 5: 8.

<sup>4068</sup> vgl.: ALI 1: 63f; ALI 2: 7.

strukturelle Ungleichgewicht kann sich jederzeit verschärfen: sei es durch einen Wegfall von Badefällen<sup>4069</sup>, sei es durch eine Entwicklung von Badefällen zu Sterbefällen.

## 1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Möglichkeiten, sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege auf familiales Engagement stützen zu können, sind nach Darstellung der Pflegekraft begrenzt. Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie kann nicht voraussetzen, dass in jedem Fall **Familienbeziehungen** existieren<sup>4070</sup>. Fehlende Familienbeziehungen bedeuten fehlende Möglichkeiten familialen Engagements. Es gibt weder Angehörige, die sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligen könnten, noch gibt es Angehörige, die sich an der Produktion von häuslichen Pflegeleistungen beteiligen könnten. Möglich ist: Senioren, die alleine leben<sup>4071</sup>, nehmen Schaden und sie findet sie anlässlich eines Einsatzes hilflos oder tot „in der Ecke“<sup>4072</sup> liegend vor.

Die Pflegekraft verdeutlicht ferner: Existieren Familienbeziehungen, kann sie nicht voraussetzen, dass Angehörige sich in jedem Fall im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege engagieren (lassen). Es mag an **familialem Engagement** fehlen. Möglicherweise unternehmen Angehörige keinen Versuch, sich an der Produktion von häuslichen Pflegeleistungen zu beteiligen. Es ist nicht auszuschließen, dass die familiäre Pflegerolle vakant bleibt. Angehörigen mag es an der Möglichkeit fehlen, informelle Pflege zu leisten. Die persönlichen Lebensumstände von Angehörigen lassen sich mit den Anforderungen häuslicher Pflege möglicherweise nicht vereinbaren. Angehörigen mag es auch an der persönlichen Bereitschaft fehlen, informelle Pflege zu leisten. Die Pflegekraft betont: Keineswegs jeder Angehörige kann seine eigenen Familienmitglieder pflegen<sup>4073</sup>. Die Pflegekraft ist der Ansicht: „Ein gutes Familienverhältnis“<sup>4074</sup> erhöht die persönliche Bereitschaft von Angehörigen, informelle Pflege zu leisten<sup>4075</sup> und die mit informeller Pflege verbundenen Belastungen zu tragen<sup>4076</sup>. Es ist belastbarer. Informelle Pflege erhöht die Chance, dass Senioren im Pflegefall zu Hause verweilen können<sup>4077</sup>.

Die Pflegekraft macht deutlich: Dass es an familialem Engagement fehlt, wenn Familienbeziehungen existieren, ist nicht die Regel. Angehörige sind im Regelfall an der

---

<sup>4069</sup> vgl.: ALI 5: 8.

<sup>4070</sup> vgl.: ALI 4: 52; ALI 5: 28.

<sup>4071</sup> vgl.: ALI 5: 27.

<sup>4072</sup> ebd.: 28.

<sup>4073</sup> vgl.: ALI 1: 21; ALI 2: 9; ALI 3: 40; ALI 4: 19.

<sup>4074</sup> ALI 3: 13.

<sup>4075</sup> vgl.: ebd.: 13.

<sup>4076</sup> vgl.: ALI 2: 3, 12f; ALI 4: 41f, 57.

<sup>4077</sup> vgl.: ALI 3: 13.

Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligt<sup>4078</sup>. Sie berichtet: Beobachtbar sei einerseits deren Beteiligung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses<sup>4079</sup>, andererseits deren Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen<sup>4080</sup>. Nach Darstellung der Pflegekraft mag es allerdings an **regelmäßigem** familialem Engagement fehlen. Die Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen weist möglicherweise Qualitätsmängel auf. Sie erklärt: Ein Angehöriger ist keine gelernte Pflegekraft<sup>4081</sup>. Nach Darstellung der Pflegekraft mag es auch an **dauerhaftem** familialem Engagement fehlen: Die Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen ist möglicherweise nicht von Dauer. Die Pflegekraft verdeutlicht: Angehörige kündigen die Bereitschaft, informelle Pflege zu leisten, trotz der Belastungen häuslicher Pflege im Regelfall zwar nicht auf<sup>4082</sup>, dennoch lässt sich nicht in jedem Fall ausschließen, dass es zu einem Abbruch der informellen Pflege kommt<sup>4083</sup>. Angesicht der Belastungen häuslicher Pflege<sup>4084</sup> lässt sich auch nicht in jedem Fall ausschließen, dass es zu einem Ausfall der familiären Pflegeperson kommt.

### 1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Auf Gemeindeebene sind nach Aussage der Pflegekraft zwei ambulante Pflegedienste aktiv: einerseits der gemeindliche Pflegedienst, eine von der Gemeinde getragene und bei der Gemeindeverwaltung organisatorisch angesiedelte Einrichtung, andererseits ein gemeinnütziger Pflegeverein, eine mit einem regional etablierten Wohlfahrtsverband assoziierte Einrichtung<sup>4085</sup>. Die Pflegekraft erklärt: Auf Seiten der Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes herrsche die Auffassung, der gemeinnützige Pflegeverein würde dem gemeindlichen Pflegedienst die Arbeit fortnehmen, wenn er „sich erstmal einnisten“<sup>4086</sup> würde. Von Seiten der Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes werde der gemeinnützige Pflegeverein als Konkurrenz zum gemeindlichen Pflegedienst betrachtet. Sie betont: Sie persönlich betrachte den gemeinnützigen Pflegeverein jedoch „**nicht**“<sup>4087</sup> als „**Konkurrenz**“<sup>4088</sup> zum gemeindlichen

---

<sup>4078</sup> vgl.: ALI 1: 63f; ALI 2: 7.

<sup>4079</sup> vgl.: ALI 2: 1; ALI 3: 26.

<sup>4080</sup> vgl.: ALI 1: 31, 65; ALI 2: 9; ALI 3: 76.

<sup>4081</sup> vgl.: ALI 4: 59.

<sup>4082</sup> vgl.: ALI 1: 63ff; ALI 2: 7.

<sup>4083</sup> vgl.: ALI 3: 13.

<sup>4084</sup> vgl.: ALI 2: 3, 12f; ALI 4: 41f, 57.

<sup>4085</sup> vgl.: ALI 1: 58.

<sup>4086</sup> ALI 6 A1: 52.

<sup>4087</sup> ALI 1: 59; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4088</sup> ebd.: 59; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

Pflegedienst. Beide Pflegeorganisationen vergleichend, verdeutlicht sie, keine Veranlassung zu sehen, den gemeinnützigen Pflegeverein als Konkurrenz zu betrachten.

- Die angebotenen Pflegeleistungen als Vergleichskriterium wählend, erklärt sie: Der gemeinnützige Pflegeverein habe im Unterschied zum gemeindlichen Pflegedienst einen Vorteil. Er biete Rundumpflege an, mit Nachtdienst, „mit allem drum und dran“<sup>4089</sup>. Rundumpflege sei für den gemeindlichen Pflegedienst "nicht machbar"<sup>4090</sup>.
- Die Pflegekosten als Vergleichskriterium nutzend, erklärt sie: Der gemeinnützige Pflegeverein habe im Unterschied zum gemeindlichen Pflegedienst allerdings auch einen Nachteil. Rundumpflege seien nämlich kostspielig. Sie unterstellt die abschreckende Wirkung der für einen Nachtdienst in Rechnung zu stellenden Pflegekosten<sup>4091</sup>.

Nach Darstellung der Pflegekraft hat das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes **begrenzte Möglichkeiten**, formelle Unterstützung zu leisten. Sie verdeutlicht: Aufgabe des Pflegepersonals ist die berufsmäßige Pflege von Personen. Pflege leistend, verrichtet das Pflegepersonal Arbeit am Körper zu pflegender Personen<sup>4092</sup>. Sie verdeutlicht auch: Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** zu übernehmen, sind begrenzt. Sie betont erstens: Das Pflegepersonal versehe am Wochenende normalerweise nur den Notdienst<sup>4093</sup>. Am Wochenende seien vorrangig die Familienangehörigen gefordert, Hilfe beim Waschen zu leisten<sup>4094</sup>. Sie betont zweitens: Es sei den Pflegekräften nicht möglich, Tag und Nacht Pflege zu leisten<sup>4095</sup>. Es seien die Familienangehörigen, die bei extrem hohem Pflegebedarf Tag und Nacht Pflege leisten müssen<sup>4096</sup>, wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll. Sie macht ferner deutlich: Auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, auf beruflicher Basis **pflegenahe Leistungen** zu erbringen, sind begrenzt. Sie verweist nicht nur auf die Begrenztheit der Möglichkeiten des

---

<sup>4089</sup> ebd.: 59.

<sup>4090</sup> ebd.: 59.

<sup>4091</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>4092</sup> vgl.: ALI 1: 1, 10; ALI 3: 27; ALI 5: 46.

<sup>4093</sup> vgl.: ALI 1: 31.

<sup>4094</sup> vgl.: ALI 5: 18.

<sup>4095</sup> vgl.: ALI 1: 59.

<sup>4096</sup> vgl.: ALI 1: 66.

Pflegepersonals, Pflegeberatung zu leisten<sup>4097</sup>, sondern auch auf die Begrenztheit der Möglichkeiten, soziale Betreuungsleistungen zu übernehmen<sup>4098</sup> und Hilfen im Haushalt zu erbringen<sup>4099</sup>.

- Sie erklärt: Es sei nicht die Aufgabe einer Pflegekraft, Senioren lediglich Gesellschaft zu leisten. Aufgabe einer Pflegekraft sei es, Senioren „auch ein bisschen zu pflegen“<sup>4100</sup>. Es sei möglich, im Rahmen pflegezentrierter Einsätze Pflege **mit** Konversation zu leisten. Normalerweise sei es jedoch unmöglich, die Dauer jener Pflegeeinsätze zu überziehen, um Konversation zu betreiben<sup>4101</sup>. Es sei möglich, im Rahmen betreuungszentrierter Einsätze Konversation **ohne** Pflege zu bieten. Es sei aber unmöglich, jene Besuchsdienste regelmäßig anzubieten<sup>4102</sup>.
- Sie erklärt ferner: Aufgabe einer Pflegekraft sei weder die Pflege der Wäsche, noch die Pflege der Wohnung<sup>4103</sup>. Engagiert, um in einem fremden Privathaushalt auf beruflicher Basis Pflege zu leisten, beschränke das Pflegepersonal seine Aufräumaktionen allenfalls auf den in jener fremden Privatsphäre etablierten eigenen Arbeitsplatz. Eine Ausdehnung der Aufräumaktionen auf den gesamten Wohnbereich der in jenem Privathaushalt lebenden Privatpersonen falle unter keinen Umständen in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals<sup>4104</sup>.

Begrenzt sind aus Sicht der Pflegekraft nicht nur die Möglichkeiten des Pflegepersonals, Senioren zu unterstützen, die pflegebedürftig<sup>4105</sup> und/oder „ein bisschen alleinstehend“<sup>4106</sup> sind. Begrenzt sind aus Sicht der Pflegekraft auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, pflegenden Angehörigen Unterstützung zu bieten. Die Möglichkeiten, familiäre Pflegepersonen durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu entlasten, sind nach Angaben der Pflegekraft beschränkt<sup>4107</sup>. Sie betont: Es sei zwar möglich, pflegenden Angehörigen eine Auszeit von informeller Pflege zu gewähren, die auf die Dauer des jeweiligen Pflegeeinsatzes beschränkt bleibe<sup>4108</sup>. Es sei aber

---

<sup>4097</sup> vgl.: ALI 1: 34f; ALI 3: 36ff; ALI 5: 46.

<sup>4098</sup> vgl.: ALI 2: 8, 29; ALI 6 A1: 46.

<sup>4099</sup> vgl.: ALI 4: 37; ALI 5: 18.

<sup>4100</sup> ALI 6 A1: 46.

<sup>4101</sup> vgl.: ALI 3: 36.

<sup>4102</sup> vgl.: ALI 2: 29.

<sup>4103</sup> vgl.: ALI 5: 18.

<sup>4104</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>4105</sup> vgl.: ALI 1: 2, 31, 59; ALI 5: 59; ALI 6 A1: 28.

<sup>4106</sup> ALI 4: 52.

<sup>4107</sup> vgl.: ALI 1: 35, 59.

<sup>4108</sup> vgl.: ALI 1: 2; ALI 2: 9f.

unmöglich, pflegenden Angehörigen eine Tag und Nacht währende Auszeit von informeller Pflege zu bieten<sup>4109</sup>. Eingeschränkt sind nach Aussage der Pflegekraft auch die Möglichkeiten, pflegenden Angehörigen durch Pflegeberatung zur Entlastung zu verhelfen<sup>4110</sup>.

Nach Darstellung der Pflegekraft wird das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes in seinen Möglichkeiten, formelle Unterstützung zu leisten, nicht nur durch Ausbildung und Beruf<sup>4111</sup>, sondern auch durch die Organisation des gemeindlichen Pflegedienstes begrenzt. Die Pflegekraft bietet Einblick in die **Personalstruktur** des gemeindlichen Pflegedienstes. Sie berichtet: Die Belegschaft bestehe einerseits aus Pflegepersonal, andererseits aus "Hilfspersonal"<sup>4112</sup>. Zum Pflegepersonal zählen „zwei Personen“<sup>4113</sup>. Sie verkörpern "anderthalb Arbeitskraft"<sup>4114</sup>. Sie persönlich sei als Hauptkraft ganztags beschäftigt. Die Zweitkraft sei halbtags beschäftigt<sup>4115</sup>. Das Pflegepersonal sei nicht in der Altenpflege, sondern in der Krankenpflege qualifiziert. Sie persönlich verfüge über eine Qualifikation als Krankenschwester. Die Zweitkraft besitze eine Qualifikation als Krankenpflegehelferin<sup>4116</sup>. Das "Hilfspersonal"<sup>4117</sup> sei mit der Arbeit in der ambulanten Pflege allenfalls „ein bisschen vertraut“<sup>4118</sup>. Es unterliege zahlenmäßigen Schwankungen<sup>4119</sup>. Es weise eine hohe Fluktuation auf: Im Unterschied zum Pflegepersonal werde es auf befristete Zeit engagiert. Sie verdeutlicht: Nur das Pflegepersonal bildet mithin das Stammpersonal der ambulanten Pflegeorganisation<sup>4120</sup>. Die Pflegekraft gewährt auch Einblick in die Beurteilung, die sie über die Personalstruktur des gemeindlichen Pflegedienstes unterhält. Sie lässt erkennen: Sie hält die Personalstruktur des gemeindlichen Pflegedienstes für **verbesserungsbedürftig**. Ihre Wünsche nach einer verbesserten Personalstruktur basieren auf Erfahrungen, die sie in der Praxis ambulanter Pflege gemacht hat<sup>4121</sup>.

- Sie wünscht, dass das Arbeitskräftepotential auf der Ebene des **Pflegepersonals** ausgebaut wird. Sie richtet die Aufmerksamkeit auf die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen, Bedarf an Pflege auf der Ebene des gemeindlichen Pflegedienstes zu decken. Sie vertritt die Auffassung: Beide Pflegekräfte können

---

<sup>4109</sup> vgl.: ALI 1: 59.

<sup>4110</sup> vgl.: ALI 1: 3f.

<sup>4111</sup> vgl.: ALI 1: 37; ALI 4: 11.

<sup>4112</sup> ALI 4: 34.

<sup>4113</sup> ALI 1: 59.

<sup>4114</sup> ALI 4: 11.

<sup>4115</sup> vgl.: ALI 1: 33.

<sup>4116</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>4117</sup> ALI 4: 34.

<sup>4118</sup> ebd.: 37.

<sup>4119</sup> vgl.: ALI 1: 24, 32.

<sup>4120</sup> vgl.: ALI 4: 34.

<sup>4121</sup> vgl.: ALI 1: 27, 37, 40; ALI 3: 67; ALI 4: 52; ALI 6 A1: 53.

Pflegebedarf in begrenztem Umfang abdecken. „Mit anderthalb Arbeitskraft schafft man es jedoch nicht, alles zu bieten“<sup>4122</sup>. Sie ist der Ansicht: Es fehlt eine in der Pflege einsetzbare dritte Kraft<sup>4123</sup>, die entweder unbefristet verfügbar wäre oder zumindest befristet einsetzbar wäre, wenn Pflegepersonal ausfalle<sup>4124</sup>. Sie erklärt: Wenn eine dritte Pflegekraft engagiert würde, dann könnte der Bedarf an Pflege "ein bisschen besser"<sup>4125</sup> und "ein bisschen optimaler"<sup>4126</sup> gedeckt werden.

- Sie hegt auch den Wunsch, dass auf der Ebene des **Hilfspersonals** ein tragfähiges Arbeitskräftepotential aufgebaut wird. Sie lenkt die Aufmerksamkeit auf die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen, Bedarf an sozialer Betreuung und Bedarf an Hilfen im Haushalt auf der Ebene des gemeindlichen Pflegedienstes zu decken. Sie ist der Meinung: Es fehlen „auf alle Fälle“<sup>4127</sup> Hilfskräfte, um sowohl den Bedarf an sozialer Betreuung als auch den Bedarf an Hilfen im Haushalt "ein bisschen mehr"<sup>4128</sup> decken zu können. Sie ist ferner der Ansicht: Es sei angezeigt, Hilfskräfte auf unbefristete Zeit zu engagieren<sup>4129</sup>. Es sei verfehlt, nur Praktikantinnen als Hilfskräfte einzusetzen. Praktikantinnen seien nur für ein Jahr einsetzbar<sup>4130</sup>. Nach einem Jahr scheiden sie aus<sup>4131</sup>.
- Sie ist sich der Begrenztheit der Krankenpflegeausbildung bewusst. Sie erklärt: Die Krankenpflegeausbildung ist auf der Körper der zu pflegenden Person und auf das Medizinische konzentriert. Sie erklärt ferner: Besonderheiten ambulanter Pflege sind einerseits die Interaktion und Kommunikation mit alten Menschen<sup>4132</sup>, andererseits die Interaktion und Kommunikation mit der Familie<sup>4133</sup>. In der Krankenpflegeausbildung finden jene Besonderheiten ambulanter Pflege kaum Berücksichtigung. Sie wünscht, dass die Begrenztheit der Krankenpflegeausbildung ausgeglichen wird: einerseits durch Fortbildung des

---

<sup>4122</sup> ALI 4: 11.

<sup>4123</sup> vgl.: ALI 1: 27.

<sup>4124</sup> vgl.: ALI 1: 40.

<sup>4125</sup> ALI 1: 27.

<sup>4126</sup> ebd.: 40.

<sup>4127</sup> ALI 6 A1: 53.

<sup>4128</sup> ALI 4: 52.

<sup>4129</sup> vgl.: ALI 3: 20; ALI 4: 37.

<sup>4130</sup> vgl.: ALI 4: 37.

<sup>4131</sup> vgl.: ebd.: 37f.

<sup>4132</sup> vgl.: ALI 1: 37.

<sup>4133</sup> vgl.: ALI 3: 67.

Krankenpflegepersonal<sup>4134</sup>, andererseits durch Integration von Altenpflegekräften in die Personalstruktur des gemeindlichen Pflegedienstes<sup>4135</sup>.

Die Pflegekraft verweist auf die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten, auf den Träger des gemeindlichen Pflegedienstes in dem Bestreben Einfluss zu nehmen, die personalstrukturellen Bedingungen zu verbessern, formelle Unterstützung zu leisten. Sie erklärt erstens: Sie begrüße es, dass das Krankenpflegepersonal von Seiten des Trägers unterstützt werde, Besonderheiten ambulanter Pflege behandelnde Angebote zur Fortbildung zu nutzen<sup>4136</sup>. Sie berichtet: Sie nehme an einer Fortbildung speziell für ambulant tätige Pflegekräfte teil<sup>4137</sup> und sie will an einer bereits angekündigten Fortbildung teilzunehmen, bei welcher eine Besonderheit der Sterbebegleitung im häuslichen Kontext behandelt werden soll: die Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegekraft und Familie. Sie erhoffe sich von einer Teilnahme Anleitung für die Interaktion und Kommunikation mit der Familie des Sterbenden: "Wie kann man denen gegenübertreten?"<sup>4138</sup>. Sie erklärt zweitens: Sie würde es begrüßen, wenn dem Krankenpflegepersonal seitens des Trägers, verbunden mit einem Ausbau der personellen Ressourcen auf Seiten des Pflegepersonals, die Möglichkeit zur Kooperation mit Altenpflegepersonal geboten würde<sup>4139</sup>. Sie nehme aber an, dass die Gemeinde sich als Träger des ambulanten Pflegedienstes weigern würde, die Kosten für zusätzliches Pflegepersonal zu übernehmen<sup>4140</sup>. Sie betont drittens: Sie bezweifle, dass die Gemeinde sich finanziell engagieren würde, um „Hilfspersonal“<sup>4141</sup> einzustellen, das sich für unbefristete Zeit einsetzen lasse<sup>4142</sup>. Die Pflegekraft verweist ferner auf die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten, auf **Privatpersonen** in dem Bestreben Einfluss zu nehmen, deren Engagement im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu wahren und zu mehren. Sie verdeutlicht: Es gibt weder eine Garantie dafür, dass Angehörige sich beeinflussen lassen, informelle Pflege zu leisten<sup>4143</sup>, noch gibt es eine Gewähr dafür, dass pflegende Angehörige sich beeinflussen lassen, sich zusätzlich Entlastung zu verschaffen: sei es durch Aktivierung der eigenen Familie, sei es durch Teilnahme an einer Angehörigengruppe<sup>4144</sup>. Eine Garantie dafür, dass

---

<sup>4134</sup> vgl.: ALI 3: 65ff; ALI 6 A1: 54.

<sup>4135</sup> vgl.: ALI 1: 36.

<sup>4136</sup> vgl.: ALI 3: 65ff; ALI 6 A1: 54.

<sup>4137</sup> vgl.: ALI 3: 65.

<sup>4138</sup> ebd.: 67.

<sup>4139</sup> vgl.: ALI 1: 36.

<sup>4140</sup> vgl.: ebd.: 30.

<sup>4141</sup> ALI 4: 34.

<sup>4142</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>4143</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>4144</sup> vgl.: ALI 1: 3f.



Gemeindemitglieder sich beeinflussen lassen, auf freiwilliger Basis Besuchsdienste<sup>4145</sup> und Haushaltshilfen<sup>4146</sup> zu leisten, gibt es auch nicht.

Das Arbeitskräftepotential auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation ermöglicht den Einsatz von Personen, die sich in ihrer **Heterogenität** nicht nur durch unterschiedliche berufliche Qualifikationen, sondern auch durch unterschiedliche persönliche Eigenarten auszeichnen (können). Die eigene Person mit der Person der Zweitkraft vergleichend, stellt die Pflegekraft fest: Sie selber kann vergleichsweise "schlecht Neinsagen"<sup>4147</sup>. Sie selber reagiere vergleichsweise ruhiger<sup>4148</sup>. Das Arbeitskräftepotential auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation ist eine Größe, die mit **Ungewissheit** behaftet ist. Die **Eignung von Personal**personen kann sich jederzeit als fraglich erweisen. Die Pflegekraft weiß: Ausgewählte Personen besetzen die Positionen, für die sie rekrutiert werden, mitsamt ihren Stärken und Schwächen. Es kann weder vorausgesetzt werden, dass ausgewählte Personen als Positionsinhaber vollumfänglich geeignet sind<sup>4149</sup>, noch dass die Schwächen des einen durch die Stärken des anderen wettgemacht gemacht werden<sup>4150</sup>. Die Pflegekraft erklärt: Wenn sich herausstellt, dass eine Personalperson „zwei linke Hände hat, dann hat man einen Klotz am Bein“<sup>4151</sup>. Ferner kann es jederzeit zu einem **Ausfall von Personal** kommen. Die Pflegekraft verdeutlicht: Das Pflegepersonal kann nicht nur urlaubsbedingt ausfallen<sup>4152</sup>. Angesichts der Belastungen, denen es in der ambulanten Pflege ausgesetzt ist, kann es jederzeit auch krankheitsbedingt ausfallen<sup>4153</sup>. Wenn Pflegepersonal ausfällt, dann droht den verfügbaren Pflegekräften Mehrarbeit, wenn Kürzungen des Arbeitsprogramms vermieden werden sollen.

#### 1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes ist bedingt verpflichtet, **Pflegearbeit** zu leisten<sup>4154</sup>. Die leitende Pflegekraft hat nicht das Recht, Entscheidungen über den Personaleinsatz in der formellen Pflegearbeit nach persönlichem Belieben zu treffen. Sie hat das Recht und die Pflicht, Entscheidungen über den Personaleinsatz in der formellen Pflegearbeit nach **pflichtgemäßem Ermessen** zu fällen. Sie sieht sich

---

<sup>4145</sup> vgl.: ALI 1: 17; ALI 5: 28; ALI 6: 49.

<sup>4146</sup> vgl.: ALI 1: 26; ALI 5: 17.

<sup>4147</sup> ALI 3: 56.

<sup>4148</sup> vgl.: ebd.: 56.

<sup>4149</sup> vgl.: ALI 3: 21; ALI 5: 23; ALI 6 A1: 22.

<sup>4150</sup> vgl.: ALI 3: 56; ALI 3: 54ff.

<sup>4151</sup> ALI 3: 21.

<sup>4152</sup> vgl.: ALI 1: 32, 40f; ALI 3: 18.

<sup>4153</sup> vgl.: ALI 1: 40.

<sup>4154</sup> vgl.: ALI 1: 1, ALI 4: 34, ALI 5: 15.

nach eigener Aussage gefordert, jeden Fall **ohne Ansehen der Person**<sup>4155</sup> zu behandeln. Sie erklärt: Sie sei nur für die Patienten zuständig. Deren politische und religiöse Überzeugungen seien ihr „egal“<sup>4156</sup>. Sie erklärt ferner: Sie persönlich „finde es ein bisschen unfair“<sup>4157</sup>, deren Behandlung an deren Sozialstatus auszurichten. Seitens der Gemeindeverwaltung werde jedoch immer auf eine Bevorzugung von Personen gedrungen<sup>4158</sup>, die „ein bisschen etwas Höheres“<sup>4159</sup> darstellen. Der Inhalt der dann gleich von oben gesendeten Kommunikation entspreche ungefähr einer Anweisung: "Sie haben sofort zu springen“<sup>4160</sup>. Sie weiß: Es gibt gute Gründe, Forderungen nach Sonderbehandlung eine Absage zu erteilen. Würde sie einer beliebigen Person eine Sonderbehandlung angedeihen lassen, würde sie einen Präzedenzfall schaffen. Jeder könnte sich auf jenen Präzedenzfall berufen und könnte gleichfalls Vorzugsbehandlung einfordern<sup>4161</sup>. Sie weiß sich nach eigenen Angaben gefordert, jeden Fall **ohne persönliche Vorteilnahme**<sup>4162</sup> zu behandeln. Sie betont, von Privatpersonen weder Geldgeschenke, noch geldwerte Geschenke entgegennehmen zu dürfen<sup>4163</sup>.<sup>4164</sup> Sie ist nach eigenen Angaben verpflichtet, jeden Fall sowohl nach Maßgabe **sachlicher Notwendigkeiten** als auch nach Maßgabe **organisatorischer Möglichkeiten** zu behandeln<sup>4165</sup>. Behandlungs- und Pflegebedarf auf Seiten der Patienten<sup>4166</sup> sowie begrenzte Möglichkeiten informeller Bedarfsdeckung verweisen auf sachliche Notwendigkeiten formeller Pflegearbeit, das Arbeitskräftepotential auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation auf organisatorische Möglichkeiten formeller Pflegearbeit. Sie berichtet: Der Dienstherr habe ihr gesagt, dass sie sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege nicht übermäßig engagieren kann<sup>4167</sup>, dass sie sich nur in einem Maße engagieren soll, das "mit anderthalb Kraft zu leisten ist“<sup>4168</sup> und sich hüten soll, sich in einem Maße zu engagieren, das „nicht aufrechterhalten werden könnte“<sup>4169</sup>. Er gewähre ihr „Spielraum“<sup>4170</sup>, "ein bisschen zu schalten und zu walten, wie sie will“<sup>4171</sup>. Die Verpflichtung, jeden Fall sowohl nach Maßgabe sachlicher Notwendigkeiten als auch nach Maßgabe organisatorischer Möglichkeiten zu behandeln,

<sup>4155</sup> vgl.: ALI 1: 55; ALI 5: 15.

<sup>4156</sup> ALI 5: 15.

<sup>4157</sup> ALI 1: 55.

<sup>4158</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>4159</sup> ebd.: 54.

<sup>4160</sup> ebd.: 55.

<sup>4161</sup> vgl.: ALI 3: 20.

<sup>4162</sup> vgl.: ALI 3: 59; ALI 6 A1: 61.

<sup>4163</sup> vgl.: ALI 3: 59.

<sup>4164</sup> vgl.: ALI 6 A1: 61.

<sup>4165</sup> vgl.: ALI 4: 34.

<sup>4166</sup> vgl.: ALI 5: 15.

<sup>4167</sup> ALI 4: 40.

<sup>4168</sup> ebd.: 34.

<sup>4169</sup> ebd.: 34.

<sup>4170</sup> ALI 1: 23.

<sup>4171</sup> ALI 4: 33.

umfasst nach Darstellung der Pflegekraft auch die Verpflichtung, informellen Pflegeleistungen nach Möglichkeit den Vorrang vor formellen Pflegeleistungen einzuräumen<sup>4172</sup>. Das Pflegepersonal ist nicht nur verpflichtet, bedingt Pflegearbeit zu leisten, sondern hat im Rahmen der Sicherstellung der Pflege auch die Verpflichtung, **Koordinationsarbeit** zu leisten. Die Pflegekraft verdeutlicht: Das Pflegepersonal ist gefordert, Koordinationsleistungen auch in der Interaktion mit Angehörigen zu erbringen<sup>4173</sup>. Es hat keine Berechtigung, Angehörigen Anweisungen zu erteilen. Es kann Angehörige weder anweisen, am Arbeitsplatz zu erscheinen, um mitzuhelfen<sup>4174</sup>, noch kann es Angehörige anweisen, den Arbeitsplatz zu verlassen<sup>4175</sup>. Es ist vielmehr gefordert, zu versuchen, sich mit Angehörigen zu arrangieren<sup>4176</sup>. Die Pflegekraft erklärt: Man muss und man sollte sich als Pflegekraft bemühen, in der Interaktion mit den Familienmitgliedern unparteiisch zu bleiben<sup>4177</sup>. Dem Pflegepersonal obliegt im Rahmen der Sicherstellung der Pflege zudem die Verpflichtung, **Fehlerarbeit** zu leisten<sup>4178</sup>. Das Pflegepersonal hat nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, die eigene Arbeitskraft zu wahren<sup>4179</sup>.

## 1.5. Rechte und Pflichten der Angehörigen

Nach Auffassung der Pflegekraft besteht für Angehörige unter Umständen die **Pflicht**, sich am Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen. Zu unterstellen ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext erfolgen soll, dann sind Angehörige nach Ansicht der Pflegekraft bedingt verpflichtet, sich an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** zu beteiligen. Die Aufmerksamkeit auf Prozesse der Fallauswahl lenkend, verdeutlicht die Pflegekraft: Angehörige sollen die Bitte um formelle Pflege möglichst rechtzeitig formulieren<sup>4180</sup>. Die Aufmerksamkeit auf Prozesse der Fallbearbeitung richtend, macht die Pflegekraft deutlich: Pflegenden Angehörigen sollen Familienmitglieder bitten, sie zeitweilig bei der häuslichen Pflege abzulösen, damit sie eine Auszeit von der Pflege nehmen können.<sup>4181</sup> Zu unterstellen ist ferner: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann sind Angehörige aus Sicht der Pflegekraft auch bedingt verpflichtet, sich an der **Produktion von Pflegeleistungen**

---

<sup>4172</sup> vgl.: ALI 1: 62.

<sup>4173</sup> vgl.: ALI 4: 23.

<sup>4174</sup> vgl.: ALI 1: 14.

<sup>4175</sup> vgl.: ALI 2: 9.

<sup>4176</sup> vgl.: ALI 4: 59.

<sup>4177</sup> ALI 6 A1: 17.

<sup>4178</sup> vgl.: ebd.: A1: 42, 46.

<sup>4179</sup> vgl.: ALI 1: 28f; ALI 6 A1: 44.

<sup>4180</sup> vgl.: ALI 1: 57, 63ff.

<sup>4181</sup> ebd.: 3.

zu beteiligen. Sie sieht Angehörige unter Umständen gefordert, in der Zeit zwischen den Einsätzen des Pflegepersonals informelle Pflege zu leisten<sup>4182</sup>. Sie sieht Angehörige unter Umständen auch gefordert, in der Zeit während der Einsätze des Pflegepersonals Pflegeleistungen zu übernehmen. Sie erklärt einerseits: Wenn Angehörige bei einem Pflegeeinsatz „nicht helfen wollen oder nicht helfen können“<sup>4183</sup>, dann verlange sie deren Beteiligung bei jenem Pflegeeinsatz auch nicht. Sie erklärt andererseits: Wenn deren Beteiligung bei einem Pflegeeinsatz jedoch unverzichtbar sei, dann hege sie den Anspruch, dass Angehörige bei jenem Pflegeeinsatz mitanfassen<sup>4184</sup>. Die seitens der Pflegekraft gehegten Ansprüche an informelle Pflege basieren auf dem im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation verankerten Grundsatz vom Vorrang informeller Pflege<sup>4185</sup>. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Pflegenden Angehörige haben zwar ein **Recht** auf Freizeit, können es aber nur in begrenztem Maße verwirklichen, wenn es gilt, Pflegebedarf im häuslichen Kontext zu bewältigen<sup>4186</sup>.

## 1.6. Fehler: Möglichkeit und Fakt

Nach Darstellung der Pflegekraft ist die Bestimmung des Bedarfs an formeller Pflege fehleranfällig. Die Pflegekraft lenkt die Aufmerksamkeit auf Prozesse der Fallauswahl: Im Mittelpunkt der Fallauswahl steht die Bedarfsermittlung. Jene Bedarfsbestimmung ist eingebettet in einen Koordinationsprozess, an dem diverse Parteien beteiligt sind: die Angehörigen familialer Netzwerke, das Verwaltungspersonal der Gemeinde und das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes. In jenen Koordinationsprozess eingebunden, ist niemand davor gefeit, versehentlich **Fehler** zu begehen: weder die Angehörigen familialer Netzwerke, noch das Verwaltungspersonal der Gemeinde, noch das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes. In jenen Koordinationsprozess eingebunden, können jedem jederzeit irrtümlicherweise Fehler unterlaufen: seien es **Deutungsfehler**, seien es **Handlungsfehler**. Fehler können sich als folgenswer erweisen. Nach Aussage der Pflegekraft geben die Angehörigen der familialen Netzwerke dem Verwaltungspersonal der Gemeinde zu verstehen, das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes möge formelle Pflege leisten. Der Bitte um Hilfe hat die Bearbeitung des Hilfesuchs zu folgen. Sowohl das Verwaltungspersonal der Gemeinde als auch das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes ist verpflichtet, sich an der Bearbeitung des Hilfesuchs zu beteiligen. Das

---

<sup>4182</sup> vgl.: ALI 1: 31, 66; ALI 3: 77.

<sup>4183</sup> ALI 3: 75.

<sup>4184</sup> vgl.: ALI 1: 14.

<sup>4185</sup> vgl.: ALI 1: 62; ALI 5: 10.

<sup>4186</sup> vgl.: ALI 1: 59, 66.

Verwaltungspersonal der Gemeinde ist gefordert, das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes zu verständigen, eine den gemeindlichen Pflegedienst betreffende Bitte um Hilfe erhalten zu haben. Über eine den gemeindlichen Pflegedienst betreffende Bitte um Hilfe verständigt, ist das Pflegepersonal des gemeindlichen Pflegedienstes verpflichtet, die Bedarfsbestimmung durchzuführen. Nach Auskunft der Pflegekraft versäumen die Angehörigen in ihrer Aufregung zuweilen, dem Verwaltungspersonal der Gemeinde die Hintergründe des Hilfesuchs zu erläutern. Die Pflegekraft erklärt: Wenn das Verwaltungspersonal der Gemeinde „mitdenken würde“<sup>4187</sup>, dann würde es die Hintergründe der Bitte um Hilfe erfragen<sup>4188</sup>. Die Pflegekraft berichtet: Sie erlebe zuweilen, dass das Verwaltungspersonal der Gemeinde versäumt habe, sich nach den Hintergründen des Hilfesuchs zu erkundigen<sup>4189</sup>. Bleiben ihr die Hintergründe einer Bitte um Hilfe verborgen, läuft sie Gefahr, den Bedarf, die Dringlichkeit der Bedarfsprüfung und die Dringlichkeit der Bedarfsbearbeitung zu unterschätzen.

Die Pflegekraft stellt fest: Die Hintergründe eines Hilfesuchs erschließen sich ihr erst im Verlauf der Zeit. Sie kündigt eine Belegerzählung an. Die angebotene Belegerzählung präsentierend, schildert sie: Sie habe wie gewöhnlich bei der Gemeindeverwaltung Station gemacht. Sie habe einen Zettel im Fach vorgefunden. Das Verwaltungspersonal der Gemeinde habe jene schriftliche Mitteilung aus gegebener Veranlassung verfasst. Sie habe jener schriftlichen Mitteilung entnommen: Das Pflegepersonal sei gebeten worden, eine Seniorin am kommenden Wochenende zu waschen. Jene Bitte sei für sie „ein rotes Tuch“<sup>4190</sup> gewesen. Sie habe dem zuständigen Verwaltungspersonal erklärt: Sie bezweifle die Notwendigkeit des Wochenenddienstes und sei keineswegs bereit, einen Dienst ausschließlich für das Wochenende zu übernehmen<sup>4191</sup>. Sie habe jener schriftlichen Mitteilung ferner entnommen: Das Pflegepersonal sei gebeten worden, vor Beginn des Wochenendes mit der Angehörigen telefonisch Kontakt aufzunehmen<sup>4192</sup>. Jener Bitte um telefonische Kontaktaufnahme habe sie entsprochen. Sie habe sich im Verlauf jenes telefonischen Kontaktes gefordert gesehen, die Annahme zu verwerfen, ein Wochenenddienst sei nicht notwendig. Sie sei im Verlauf jenes telefonischen Kontaktes vielmehr zu der Annahme gelangt, ein Wochenenddienst sei notwendig. Die Angehörige habe ihr nämlich erklärt: Sie befürchte, die Patientin liege im Sterben. Nachdem sie jene Erklärung vernommen habe, habe sie sich gedacht: „Mensch, was hast du denn jetzt eben wieder gemacht?“<sup>4193</sup>. Sie habe den Erstbesuch durchgeführt. Im

---

<sup>4187</sup> ALI 1: 55.

<sup>4188</sup> vgl.: ebd.: 55.

<sup>4189</sup> vgl.: ebd.: 54.

<sup>4190</sup> ALI 5: 19.

<sup>4191</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>4192</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>4193</sup> ebd.: 20.

Verlauf jenes Kontaktes von Angesicht zu Angesicht habe sie sich zwar in der Annahme bestätigt gesehen, ein Wochenenddienst sei notwendig. Aber erst beim Anblick der im Sterben liegenden Patientin sei sie sich bewusst geworden, dass sie den Leidensdruck der Familie selbst nach jenem Telefonkontakt noch unterschätzt habe. Sie habe sich beim Anblick der Patientin erschrocken: „Gesichtskrebs, beide Augen schon total zerfressen, keine Augäpfel mehr, die Nase total zerfressen und das halbe Ohr weg“<sup>4194</sup>. Die Pflegekraft beendet die angebotene Belegerzählung mit einem Kommentar. Er lautet: Sie sei sich anlässlich jener Begebenheit erneut bewusst geworden, wie leicht Fehler passieren können, wenn sie nicht über die Hintergründe einer Bitte um Hilfe informiert werde<sup>4195</sup>.

Nach Darstellung der Pflegekraft ist auch die Bestimmung des Bedarfs an (formeller) Sozialbetreuung fehleranfällig. Nach eigener Auskunft hat die Pflegekraft im Falle einer Seniorin, die einer Familie angehört, die zahlreiche Mitglieder hat, irrtümlicherweise angenommen: Die Seniorin ist in das Familienleben integriert und ist „nicht einsam“<sup>4196</sup>. Im ersten Schritt von der Familiengröße auf die Qualität der Familienbeziehungen schließend, hat die Pflegekraft nach eigenen Angaben ungeprüft unterstellt: Wenn die Seniorin einer Familie angehört, die zahlreiche Mitglieder hat, dann ist die Seniorin in das Familienleben integriert. Im zweiten Schritt von der Qualität der Familienbeziehungen auf die subjektive Befindlichkeit des älteren Familienmitgliedes schließend, hat die Pflegekraft nach eigener Aussage ungeprüft unterstellt: Wenn die Seniorin in das Familienleben integriert ist, dann besteht keine Einsamkeit<sup>4197</sup>. Die Pflegekraft verdeutlicht: Sie ist sich der Fehlerhaftigkeit jener Deutungen zunächst nicht bewusst gewesen, sondern erst später bewusst geworden<sup>4198</sup>.

## 2. Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsziele

Die Pflegekraft ist nach eigenen Angaben bemüht, im Rahmen ihrer Möglichkeiten beizutragen, die **Lebensqualität von Senioren** zu sichern. Sie erklärt: Sie bemühe sich, die Pflege im häuslichen Kontext solange wie möglich zu gewährleisten. Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung allerdings nicht nur bestrebt, im Rahmen begrenzter Möglichkeiten, einen Beitrag zur Sicherung der Lebensqualität von Senioren zu

---

<sup>4194</sup> ebd.: 21.

<sup>4195</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>4196</sup> ALI A1: 42.

<sup>4197</sup> vgl.: ALI 6 A1: 42.

<sup>4198</sup> vgl.: ebd.: A1: 42, 46.

leisten<sup>4199</sup>, sondern auch bemüht, im Rahmen begrenzter Möglichkeiten einen Beitrag zur Sicherung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen zu leisten<sup>4200</sup>. Nach Ansicht der Pflegekraft kann nicht nur die ambulante Pflege, sondern auch die Heimpflege zur Sicherung der Lebensqualität von Senioren und Angehörigen beitragen. Die Pflegekraft erklärt: Es ist unter Umständen besser, der Heimpflege den Vorzug vor der häuslichen Pflege zu geben<sup>4201</sup>, einerseits besser für die Senioren<sup>4202</sup>, andererseits besser für die Angehörigen<sup>4203</sup>. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage erlebt, dass sowohl die Senioren<sup>4204</sup>, als auch die Angehörigen<sup>4205</sup> bei Abbruch der häuslichen Pflege und Beginn der Heimpflege aufgeblüht sind<sup>4206</sup>.

Nach eigener Aussage ist die Pflegekraft ferner bestrebt, nach Möglichkeit die **Qualität der Pflegearbeit** zu sichern. Sie erklärt: Einerseits bemühe sie sich, körperliche Erkrankungen und Beschwerden von Patienten zu vermeiden<sup>4207</sup>, zu kurieren<sup>4208</sup> und zu lindern<sup>4209</sup>. Andererseits versuche sie, deren relative Selbständigkeit bei der Körperpflege wiederherzustellen und zu wahren<sup>4210</sup>. Relative Selbständigkeit bei der Körperpflege so schnell wie möglich wiederherzustellen, sei ihr Bestreben bei Patienten, die sie im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung übernehme. Sie lasse im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung übernommene Patienten wissen: Von Personen, die „zehn gesunde Finger“<sup>4211</sup> haben, verlange sie in begrenztem Umfang eine Eigenbeteiligung an der Körperpflege. Relative Selbständigkeit bei der Körperpflege soweit wie möglich zu wahren, sei ihr Bestreben bei dementiell erkrankten Patienten. Wenn ein dementiell erkrankter Patient, der verbalen Aufforderung, sich zu waschen, nicht mehr Folge zu leisten vermag, aber eine nonverbale Aufforderung folgerichtig umsetze, dann händige sie ihm den "Waschlappen"<sup>4212</sup> aus. Sie betont: Ausbildungsbedingt sei ihre Aufmerksamkeit zwar auf den Körper eines Patienten zentriert. Aber es entspreche ihrer persönlichen Auffassung, dass sie mehr auf den Menschen eingehen muss. Sie muss einen Patienten „auch seelisch und moralisch ein bisschen unterstützen“<sup>4213</sup>. Es sei nutzlos, die körperlichen Wunden eines Patienten zu

---

<sup>4199</sup> vgl.: ALI 4: 40.

<sup>4200</sup> vgl.: ALI 1: 1f.

<sup>4201</sup> vgl.: ALI 2: 23; ALI 4: 31.

<sup>4202</sup> vgl.: ALI 4: 31.

<sup>4203</sup> vgl.: ALI 2: 23.

<sup>4204</sup> vgl.: ALI 2: 22; ALI 4: 33.

<sup>4205</sup> vgl.: ALI 2: 22.

<sup>4206</sup> vgl.: ALI 2: 22; ALI 4: 33.

<sup>4207</sup> vgl.: ALI 3: 43; ALI 5: 36f; 47.

<sup>4208</sup> vgl.: ALI 1: 7; ALI 2: 18.

<sup>4209</sup> vgl.: ALI 3: 72ff; ALI 5: 46.

<sup>4210</sup> vgl.: ALI 2: 15; ALI 4: 43.

<sup>4211</sup> ALI 4: 43.

<sup>4212</sup> ALI 2: 15.

<sup>4213</sup> ALI 1: 37.

behandeln, ohne dessen „seelischen Knacks“<sup>4214</sup> zu beachten. Sie muss sich zumindest bemühen, Beeinträchtigungen in der seelischen Verfassung eines Patienten zu berücksichtigen. Wenn ein Patient in seiner seelischen Verfassung beeinträchtigt sein, dann lasse sich weder eine Heilung des Körpers noch eine Besserung körperlicher Funktionen erzielen<sup>4215</sup>.

Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung auch darauf bedacht, nach Möglichkeit die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern und die Arbeitskraft auf Seiten der pflegenden Parteien zu wahren. Sie ist nach eigener Aussage bestrebt, pflegenden Personen Entlastung zu verschaffen: einerseits Entlastung durch technische Hilfsmittel<sup>4216</sup>, andererseits Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen<sup>4217</sup>. Sie verweist allerdings nicht nur auf die Notwendigkeit, pflegende Angehörige durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu entlasten<sup>4218</sup>, sondern auch auf die Begrenztheit der Möglichkeiten, familiären Pflegepersonen Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten<sup>4219</sup>. Sie erklärt: Es sei erforderlich, Sorge zu tragen, dass das Engagement der Angehörigen „ein bisschen aufrechterhalten bleibt“<sup>4220</sup>. Dass Angehörige als Produzenten von Unterstützung im Prozess der Unterstützung „drinbleiben“<sup>4221</sup>. Ein Engagement des Pflegepersonals soll nicht zu einer Schwächung, sondern zu einer Stärkung familialen Engagements beitragen.

Der Pflegekraft ist nach eigener Aussage gleichfalls daran gelegen, die **Qualität der Arbeitsklimas** zu sichern. Sie ist nach eigener Darstellung bestrebt, den Frieden am Arbeitsplatz, den persönlichen Frieden<sup>4222</sup> und den sozialen Frieden<sup>4223</sup>, soweit möglich zu wahren und sofern nötig und möglich wiederherzustellen. Sie verdeutlicht das Bemühen, den persönlichen Frieden zu wahren. Sie erklärt: Sie wünsche sich, mit einem Gefühl der Zufriedenheit auf die von ihr regelgemäß erledigten Arbeiten blicken zu können. Wenn sie das rote Gesäß eines bettlägerigen Patienten unversorgt lasse, dann verspüre sie ein Gefühl von Unzufriedenheit<sup>4224</sup>. Sie erklärt ferner: Sie sei ihr ebenfalls wichtig, Sterbende „gut zu versorgen“<sup>4225</sup>. Sie wolle „sich selbst keine Vorwürfe machen“<sup>4226</sup> müssen, wenn Patienten im häuslichen Kontext sterben. Wenn sie bei einem morgendlichen Pflegeeinsatz zu der Auffassung gelange, der Tod des Patienten

---

<sup>4214</sup> ebd.: 37.

<sup>4215</sup> vgl.: ALI 3: 74.

<sup>4216</sup> vgl.: ALI 1: 44.

<sup>4217</sup> vgl.: ebd.: 1f.

<sup>4218</sup> vgl.: ALI 1: 2, 66; ALI 2: 9.

<sup>4219</sup> vgl.: ALI 1: 35, 59.

<sup>4220</sup> ALI 1: 62.

<sup>4221</sup> ALI 1: 62.

<sup>4222</sup> vgl.: ALI 3: 43; ALI 4: 10.

<sup>4223</sup> vgl.: ALI 3: 77, 79.

<sup>4224</sup> ebd.: 43.

<sup>4225</sup> ALI 4: 40.

<sup>4226</sup> ALI 4: 40.



nahe, dann sei ihr daran gelegen, dass sie im Verlauf des Tages abermals „schnell guckt“<sup>4227</sup>. Sie betont: Unter Umständen setze sie sich „eine Viertelstunde auch mal ans Bett“<sup>4228</sup> des im Sterben liegenden Patienten und halte dessen Hand. Sie äußert die Vermutung: Auf diese Weise versuche sie, das eigene Gewissen zu beruhigen: „Du kannst nicht viel machen, aber hast wenigstens nochmal geguckt“<sup>4229</sup>. Sie verdeutlicht zudem das Bestreben, den sozialen Frieden am Arbeitsplatz zu wahren. Ihr ist nach eigenen Angaben daran gelegen, dass die Angehörigen die benötigten Arbeitsmittel vor Beginn eines Einsatzes zurechtgelegt haben. Sie erklärt: Dem Pflegepersonal bleibt die Suche „in den Schränken“<sup>4230</sup> erspart. Es kann die Arbeit nicht nur unverzüglich beginnen<sup>4231</sup> und „ein bisschen flotter“<sup>4232</sup> erledigen, sondern es vermag auch, eine Situation zu vermeiden, in der es sich dem Verdacht aussetzen würde, sich persönlich bereichern zu wollen<sup>4233</sup>.

### 3. Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsstrategien

#### 3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit

Die Pflegekraft ist vermutlich bemüht, Pflegearbeit **ohne Ansehen der Person** zu leisten: ohne Sonderbehandlung<sup>4234</sup>. Die Pflegekraft berichtet: Sie führe sowohl im Verlauf der Fallauswahl<sup>4235</sup> als auch im Verlauf der Fallbearbeitung<sup>4236</sup> **Bedarfsprüfungen** durch. Im Rahmen der Bedarfsprüfungen ermittelt sie vermutlich: Bedarf es zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege technischer Pflegehilfsmittel? Bedarf es zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege persönlicher Hilfestellung? Inwieweit ist es notwendig und möglich, Pflegepersonal einzusetzen, formelle Pflege zu leisten? Zu vermuten ist: Die Pflegekraft führt die Bedarfsprüfungen in dem Bemühen durch, den Arbeitsaufwand in der formellen Pflegearbeit **auf ein rechtes Maß zu begrenzen**.

Im Rahmen der Fallbearbeitung begrenzt die Pflegekraft nach Möglichkeit vermutlich die **Arbeitszeiten** des Pflegepersonals. Sie berichtet: Das Pflegepersonal leiste „am

---

<sup>4227</sup> ebd.: 41.

<sup>4228</sup> ALI 4: 41.

<sup>4229</sup> ebd.: 41.

<sup>4230</sup> vgl.: ALI 3: 77.

<sup>4231</sup> vgl.: ebd.: 76.

<sup>4232</sup> ebd.: 77.

<sup>4233</sup> vgl.: ebd.: 77, 79.

<sup>4234</sup> vgl.: ALI 1: 54f; ALI 3: 19f.

<sup>4235</sup> vgl.: ALI 1: 1; ALI 2: 3f; ALI 3: 12.

<sup>4236</sup> vgl.: ALI 1: 39; ALI 3: 12.

**Wochenende**<sup>4237</sup> normalerweise keine Pflege. Wochenenddienst leiste das Pflegepersonal<sup>4238</sup> lediglich in Notfällen<sup>4239</sup>. Das Pflegepersonal führe normalerweise in der Zeit „**von Montags bis Freitags**“<sup>4240</sup> Pflegeeinsätze durch. Pflegeeinsätze seien in der Regel auf die Vormittagszeit beschränkt. Die Vormittagszeit gelte als Zeit der Hauptarbeit, als Zeit der „dicksten Arbeit“<sup>4241</sup>, als Zeit, in der die meiste Pflegearbeit anliege. Der Zeitplan sei morgens mit Pflegearbeit „vollgepackt und vollgestopft“<sup>4242</sup>. Als erstes sei das „Spritzen“<sup>4243</sup> zu erledigen, als zweites das „Waschen“<sup>4244</sup>. Zur Mittagszeit sei die „Hauptarbeit“<sup>4245</sup> getan. Pflegeeinsätze zur **Nachtzeit** seien in der Regel ausgeschlossen<sup>4246</sup>. Das Pflegepersonal reserviere für einen Einsatz, in dem es Grundpflege zu leisten habe, minimal eine halbe Stunde und maximal eine Stunde<sup>4247</sup>. Es führe pro Fall maximal drei Pflegeeinsätze an einem Einsatztag durch<sup>4248</sup>.

Die Pflegekraft begrenzt im Rahmen der Fallbearbeitung nach Möglichkeit vermutlich auch die **Arbeitsleistungen** des Pflegepersonals. Sie berichtet: Das Pflegepersonal übernehme an **Pflegeleistungen** beispielsweise das „Waschen und Baden, das Anziehen und Raussetzen“<sup>4249</sup>. Es versorge beispielsweise auch den Dekubitus<sup>4250</sup>. Meistens sei es bei der Körperpflege und bei der Mobilisation des Körpers behilflich<sup>4251</sup>. Das Pflegepersonal verrichte ferner ausgewählte **pflegenahе Leistungen**. Vermutlich kombiniert das Pflegepersonal im Rahmen eines Pflegeeinsatzes Pflegeleistungen soweit nötig und möglich mit pflegenahen Leistungen: sei es mit **pflegenahen Betreuungsleistungen**<sup>4252</sup>, sei es mit **pflegenahen Beratungsleistungen**<sup>4253</sup>, sei es mit ausgewählten **pflegenahen Hausarbeiten**. Die Pflegekraft berichtet: In Badefällen übernehme sie abhängig von den Besonderheiten des Einzelfalles ausgewählte Tätigkeiten zur Reinigung des Bades. Sie betont: Eine Badreinigung sei erstens mit der Badehilfe verknüpft. Jene im Anschluss an die Badehilfe stattfindende Badreinigung bleibe zweitens auf Fußboden und Toilettenbrille beschränkt und erfolge drittens ausschließlich bei Senioren, die alleine seien und außerstande seien, jene Reinigungsaktion selber zu erledigen. Eine Ausdehnung der Reinigungsaktion auf den

<sup>4237</sup> ALI 1: 31; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4238</sup> vgl.: ALI 5: 18.

<sup>4239</sup> vgl.: ALI 1: 31; ALI 5: 18.

<sup>4240</sup> ALI 1: 40; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4241</sup> ALI 2: 2.

<sup>4242</sup> ebd.: 8.

<sup>4243</sup> ALI 1: 19.

<sup>4244</sup> ALI 3: 18.

<sup>4245</sup> ALI 2: 2.

<sup>4246</sup> vgl.: ALI 1: 59; ALI 5: 18.

<sup>4247</sup> vgl.: ALI 1: 2.

<sup>4248</sup> vgl.: ALI 6 A1: 28.

<sup>4249</sup> ALI 1: 10.

<sup>4250</sup> vgl.: ALI 3: 27.

<sup>4251</sup> vgl.: ALI 1: 10.

<sup>4252</sup> vgl.: ALI 1: 17; ALI 2: 29.

<sup>4253</sup> vgl.: ALI 1: 2; ALI 2: 27.

gesamten Wohnbereich falle unter keinen Umständen in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals. Sie erklärt: „Putzfrauen zum Ausleihen“<sup>4254</sup> seien auf Organisationsebene nicht verfügbar und das Pflegepersonal sei „nicht fürs Parkett zuständig“<sup>4255</sup>. Eine Pflegekraft sei „ein bisschen qualifizierter“<sup>4256</sup>. Gesonderte Einsätze, in denen das Pflegepersonal ausschließlich pflegenahе Leistungen verrichtet, stellen vermutlich die Ausnahme dar. Die Pflegekraft erklärt: Ein auf Seiten einsamer Senioren bestehendes Bedürfnis nach Gesellschaft „stört“<sup>4257</sup> die Erledigung der „Morgenarbeit“<sup>4258</sup>. Die Pflegekraft berichtet: Wenn die Arbeitswoche mit Pflegeeinsätzen „nicht so vollgepackt“<sup>4259</sup> sei, dann führe sie bei Senioren, die „fast gar keinen Kontakt zur Außenwelt“<sup>4260</sup> haben, einen Besuchsdienst durch und leiste ihnen für kurze Zeit Gesellschaft.

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft versucht nach Möglichkeit, die **Personalmenge pro Einsatz** zu beschränken. Sie setzt beim Personaleinsatz nach eigener Aussage auf **separates Arbeiten**. Sie berichtet erstens: Normalerweise werde das ausgebildete Krankenpflegepersonal separat eingesetzt, Pflege zu leisten. Im Normalfall werde eine Pflegekraft pro Pflegeeinsatz eingeplant. Lediglich ausnahmsweise führe das Pflegepersonal Pflegeeinsätze zu zweit durch. Sie erklärt: Wenn eine Pflegekraft die Pflege eines bettlägerigen und übergewichtigen Patienten alleine nicht bewältigen kann, dann werden zwei Pflegekräfte pro Pflegeeinsatz eingeplant<sup>4261</sup>. Der Einsatz einer zweiten Pflegekraft lässt sich unter Umständen vermeiden: sei es durch Einsatz technischer Hilfsmittel<sup>4262</sup>, sei es durch Einsatz von Angehörigen<sup>4263</sup>, die persönliche Hilfestellung leisten. Sie berichtet zweitens: Normalerweise würden auch die in der Ausbildung befindlichen Krankenpflegeschüler separat eingesetzt, Pflege zu leisten<sup>4264</sup>. Sie erklärt: Regel sei zwar, „dass die Schüler möglichst nicht selbständig losgehen sollten“<sup>4265</sup>. Abweichungen von der Regel seien jedoch unvermeidlich. Ein selbständiger Einsatz der Krankenpflegeschüler scheitere unter Umständen an deren fehlender Bereitschaft, nicht aber an deren fehlender Fähigkeit, selbständig Pflege zu leisten. Wenn Krankenpflegeschüler allmorgendlich Körperpflege an der eigenen Person verrichten, dann können sie auch Körperpflege an einer fremden Person

---

<sup>4254</sup> ALI 5: 17.

<sup>4255</sup> ALI 5: 17.

<sup>4256</sup> ALI 5: 17.

<sup>4257</sup> ALI 6 A1: 48.

<sup>4258</sup> ALI 6 A1: 48.

<sup>4259</sup> ALI 1: 17.

<sup>4260</sup> ebd.: 17.

<sup>4261</sup> vgl.: ALI 2: 3.

<sup>4262</sup> vgl.: ALI 1: 2.

<sup>4263</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>4264</sup> vgl.: ebd.: 12, 32f.

<sup>4265</sup> ebd.: 12.

leisten<sup>4266</sup>.

Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft versucht nach Möglichkeit, die **Personalmenge pro Fall** auszudehnen. Sie setzt beim Personaleinsatz nach eigenen Angaben auf **Arbeiten im Wechsel**. Nach Aussage der Pflegekraft leistet das ausgebildete Krankenpflegepersonal normalerweise Pflege im Wechsel. Die Pflegekraft berichtet: Es sei unterschiedlich, welche Pflegekraft jeweils den Pflegeeinsatz übernehme<sup>4267</sup>. Die Pflegekräfte wechseln einander bei der Pflegearbeit ab<sup>4268</sup>. Nach Auffassung der Pflegekraft eröffnet der Personalwechsel den Pflegekräften die Möglichkeit, die einzelnen Pflegeprozesse und den gesamten Pflegebetrieb besser zu gestalten<sup>4269</sup>. Die Pflegekraft erklärt: Der Personalwechsel erleichtere die Bewältigung von Arbeitssituationen, in denen eine Pflegekraft zwecks Reproduktion ihrer Arbeitskraft ausfalle. Der Personalwechsel sei eingerichtet, dass die zu pflegenden Personen um den Personalbestand wissen, sich an **alle** Pflegekräfte gewöhnen und sich nicht auf **eine** Pflegekraft fixieren, da sie sich bei Ausfall einer Pflegekraft mit der einsatzbereiten Pflegekraft arrangieren müssen<sup>4270</sup>. Die Urlaubszeit der Pflegekraft stellt Ausfallzeit dar: Zeit, in der sie nicht zur Verfügung steht, formelle Pflege zu leisten. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft ist bemüht, jene Ausfallzeit zu überbrücken, ohne „Abstriche“<sup>4271</sup> an dem formellen Pflegeprogramm vorzunehmen, das sie normalerweise durchführt<sup>4272</sup> und nutzt das auf Organisationsebene aktivierbare Arbeitskräftepotential, um tragfähige Übergangslösungen einzurichten<sup>4273</sup>.

Die Pflegekraft nimmt nach eigener Aussage wahr, dass **Angehörige** im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege bedingt **als Helfer fungieren**. Unter Umständen beteiligen sie sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses<sup>4274</sup>. Unter Umständen beteiligen sie sich auch an der Produktion häuslicher Pflegeleistungen<sup>4275</sup>. Angehörige lassen unter Umständen die Bereitschaft erkennen, in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes informelle Pflege zu leisten<sup>4276</sup>. Angehörige leisten unter Umständen in der Zeit zwischen den Einsätzen informelle Pflege: Teils übernehmen Angehörige die Pflege am Wochenende<sup>4277</sup>, teils leisten sie Tag und Nacht Pflege<sup>4278</sup>. Die Pflegekraft ist nach eigenen Angaben bedingt darauf bedacht, Angehörige im

---

<sup>4266</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>4267</sup> vgl.: ALI 2: 3.

<sup>4268</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>4269</sup> vgl.: ALI 1: 10; ALI 2: 4.

<sup>4270</sup> vgl.: ALI 2: 4.

<sup>4271</sup> ALI 1: 32.

<sup>4272</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>4273</sup> vgl.: ebd.: 32, 41.

<sup>4274</sup> vgl.: ALI 2: 1; ALI 3: 26.

<sup>4275</sup> vgl.: ALI 1: 31, 65; ALI 2: 9; ALI 3: 76.

<sup>4276</sup> vgl.: ALI 2: 9; ALI 3: 76.

<sup>4277</sup> vgl.: ALI 1: 31.

<sup>4278</sup> vgl.: ebd.: 66.

Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege ihrerseits **als Helfer** zu **behandeln**. Wenn Angehörige in der Zeit **während** eines Einsatzes Pflegeleistungen übernehmen, dann fühlt die Pflegekraft sich durch jenes Engagement unter Umständen vermutlich unterstützt. Die Pflegekraft erklärt: Jenes Engagement sei „**manchmal hilfreich**“<sup>4279</sup> und „**manchmal belastend**“<sup>4280</sup>. Der Versuch von Angehörigen, mit der Pflegekraft zu kommunizieren, um sich Unterhaltung und Trost zu verschaffen, führe zu einer Belastung der Pflegekraft. In diesem Fall verrichte man die Arbeit besser allein, um sie schneller erledigen zu können und um der zu pflegenden Person ein bisschen mehr ungeteilte Aufmerksamkeit schenken zu können. In diesem Fall sei nicht die Einbindung von Angehörigen, sondern die Ausgrenzung von Angehörigen eine Möglichkeit, den eigenen Arbeitsprozess zu optimieren. Sie berichtet: In der Zeit während eines Pflegeeinsatzes bemühe sie sich, die Pflegearbeit soweit möglich alleine zu erledigen, ohne Angehörige als Helfer einzubinden. Zu vermuten ist: Sie ist bestrebt, Angehörige in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes als Helfer einzubinden, sofern sie deren Engagement als Entlastung betrachtet. Sie ist bedacht, Angehörige in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes als Helfer auszugrenzen, sofern sie deren Engagement als Belastung bewertet<sup>4281</sup>. Wenn Angehörige in der Zeit **zwischen** den Einsätzen Pflege leisten, dann fühlt die Pflegekraft sich vermutlich durch jenes Engagement unter Umständen auch unterstützt. Die Pflegekraft erklärt: Wenn Angehörige sich anleiten lassen und die Pflege in der Zeit zwischen den Einsätzen auf fachgerechte Weise durchführen, dann werden ihr Einsätze erspart<sup>4282</sup>. Sie betrachte es als „unheimlich toll“<sup>4283</sup>, Angehörige in der Zeit zwischen den Einsätzen als Helfer einbinden zu können, die fachgerechte Mitarbeit verheißen<sup>4284</sup>. Soll die Pflege im häuslichen Kontext bewältigt werden, sind nach Darstellung der Pflegekraft unter Umständen Angehörige einzubinden, in der Zeit zwischen den Einsätzen informelle Pflege zu leisten<sup>4285</sup>; möglicherweise Angehörige, die als Helfer fraglos geeignet sind<sup>4286</sup>, möglicherweise aber auch Angehörige, deren Eignung eher fraglich ist.

Die Pflegekraft behandelt Angehörige unter Umständen vermutlich nicht nur als Personen, die im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege als Helfer fungieren (können), sondern auch als Personen, die ihrerseits **hilfsbedürftig** sind. Die Pflegekraft bietet Angehörigen unter Umständen vermutlich sowohl **Unterstützung durch**

<sup>4279</sup> ebd.: 66; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4280</sup> ebd.: 66; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4281</sup> vgl.: ALI 2: 9.

<sup>4282</sup> vgl.: ALI 3: 75.

<sup>4283</sup> ALI 2: 10.

<sup>4284</sup> vgl.: ALI 2: 10.

<sup>4285</sup> vgl.: ALI 1: 31, 66.

<sup>4286</sup> vgl.: ALI 2: 10.

**Übernahme von Pflegeleistungen**, als auch **Unterstützung durch pflegenahe Beratungsleistungen**. Die Pflegekraft berichtet: Sie unterstütze Angehörige, die Pflege leisten, und Angehörige, die Pflege leisten wollen, durch „Rat und Tat“<sup>4287</sup>. Sie leiste im Rahmen ihrer Möglichkeiten nicht nur formelle Pflege<sup>4288</sup>, sondern versuche im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch, informelle Pflege durch Beratung von Angehörigen zu organisieren<sup>4289</sup>. Sie kläre Angehörige, die die Bereitschaft erkennen lassen, Pflege zu leisten, über Pflege Techniken auf<sup>4290</sup>. Sie rate pflegenden Angehörigen, sich Unterstützung durch das familiäre Netzwerk zu verschaffen<sup>4291</sup> und an einer Angehörigengruppe teilzunehmen<sup>4292</sup>. Die Pflegekraft gewährt Angehörigen unter Umständen vermutlich eher Unterstützung durch pflegenahe Beratungsleistungen als **Unterstützung durch pflegenahe Betreuungsleistungen**. Sie erklärt: Sie erlebe es als störend, wenn pflegende Angehörige sie in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes kontaktieren, um Konversation und/oder Trost zu suchen. Es bestehe die Gefahr, dass sie „abgelenkt wird und sich mehr mit dem Angehörigen als mit dem Patienten beschäftigt“<sup>4293</sup>. Sie ist vermutlich bestrebt, pflegende Angehörige nicht selber zu betreuen, sondern betreuen zu lassen: im Kontext einer separaten Angehörigengruppe. In dem Bestreben, pflegende Angehörige im Kontext jener Angehörigengruppe betreuen zu lassen, beteiligt sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten vermutlich an der Organisation von Betreuungsleistungen für pflegende Angehörige: Pflegeberatung leistend, regt sie pflegende Angehörige vermutlich an, sich jener Angehörigengruppe anzuschließen<sup>4294</sup>. Im Wissen um die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten, Unterstützung zu leisten und Unterstützung zu organisieren, formuliert die Krankenschwester erstens ein Handlungsgebot. Es lautet: „Aber da muss man versuchen, das Bestmögliche daraus zu machen“<sup>4295</sup>. Zweitens erklärt sie, die eigene Handlungspraxis entspreche jenem Handlungsgebot: „Wir versuchen, das Bestmögliche daraus zu machen“<sup>4296</sup>. Sie erklärt die Bereitschaft sowohl der eigenen Person, als auch der gesamten Belegschaft, sich zu bemühen, die jeweilige Situation auf die bestmögliche Weise zu bewältigen<sup>4297</sup>.

---

<sup>4287</sup> ALI 1: 2.

<sup>4288</sup> vgl.: ALI 4: 48.

<sup>4289</sup> vgl.: ALI 1: 2ff; ALI 3: 32f.

<sup>4290</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>4291</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>4292</sup> vgl.: ALI 1: 4; ALI 3: 32.

<sup>4293</sup> ALI 2: 9.

<sup>4294</sup> vgl.: ALI 1: 4; ALI 3: 32.

<sup>4295</sup> ALI 4: 43.

<sup>4296</sup> ebd.: 48.

<sup>4297</sup> vgl.: ebd.: 48.

### 3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Anzunehmen ist: Im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege leistet das Pflegepersonal Koordinationsarbeit. Es erbringt auch in der **Interaktion mit Angehörigen** Koordinationsleistungen. In der Interaktion mit Angehörigen Koordinationsarbeit leistend, behandelt es **informelle Unterstützungswünsche**. Im **Prozess der Fallauswahl** werden informelle Unterstützungswünsche transparent. Die Pflegekraft eröffnet den Prozess der Fallauswahl normalerweise vermutlich auf Basis einer von Angehörigen formulierten Bitte um formelle Pflege<sup>4298</sup>. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft beendet den Prozess der Fallauswahl in der Regel auf Basis einer von ihr persönlich durchgeführten Bedarfsprüfung<sup>4299</sup>. Die Pflegekraft berichtet: Im Prozess der Fallauswahl erfolge als Reaktion auf eine Bitte um formelle Pflege stets ein Erstbesuch<sup>4300</sup>. In der Regel führe sie persönlich jenen Erstbesuch durch. Sie behalte sich die Entscheidung über den Zeitpunkt für die Durchführung eines Erstbesuches vor. Sie erklärt: Sie erachte eine Bitte um Badehilfe als nicht dringlich. Im Falle einer als nicht dringlich zu erachtenden Bitte habe ein Erstbesuch Zeit bis zur Mittagszeit und müsse nicht zur Vormittagszeit, der Zeit „der dicksten Arbeit“<sup>4301</sup>, erfolgen. Als dringlich betrachte sie hingegen eine Hilfesuch, dem beispielsweise ein Sturz und eine schwerwiegende Verletzung als Sturzfolge zugrunde liege<sup>4302</sup>. Sie berichtet: Im Rahmen jenes Erstbesuches frage sie nach Möglichkeit die anwesenden Familienangehörigen<sup>4303</sup>. Die Bitte um formelle Pflege bearbeitend, erkunde sie allerdings nicht nur den Wunsch nach formeller Pflege, sondern prüfe auch den Bedarf an formeller Pflege<sup>4304</sup>. Sie erklärt: Es sei die Ausnahme, wenn sie sich auf Basis der Bedarfsbestimmung gegen eine Fallübernahme entscheide. In jenen Ausnahmesituationen bestehe kein Pflegebedarf<sup>4305</sup>. In der Regel entscheide sie sich auf Basis der Bedarfsbestimmung für eine Fallübernahme: Normalerweise übernehme sie Fälle mit extrem hohem Pflegebedarf<sup>4306</sup>. In den meisten Fällen werde das Pflegepersonal verständigt, wenn im Pflegeprozess die Hauptarbeit zu erledigen und ein Sterbeprozess zu bewältigen sei<sup>4307</sup>. Meistens werde das Pflegepersonal verständigt,

---

<sup>4298</sup> vgl.: ALI 1: 62; ALI 2: 1, ALI 3: 26.

<sup>4299</sup> vgl.: ALI 2: 2f.

<sup>4300</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>4301</sup> ALI 2: 2.

<sup>4302</sup> vgl.: ebd.: 2.

<sup>4303</sup> vgl.: ebd.: 3f.

<sup>4304</sup> vgl.: ALI 1: 1; ALI 2: 3f; ALI 3: 12.

<sup>4305</sup> vgl.: ALI 2: 27.

<sup>4306</sup> vgl.: ALI 1: 63f; ALI 2: 7.

<sup>4307</sup> vgl.: ALI 2: 7.

wenn die Senioren „auf dem Weg zum Sterben“<sup>4308</sup> und die Familienangehörigen kräftemäßig erschöpft seien. In jenen Fällen seien die Möglichkeiten, den Pflegebedarf durch informelle Pflege zu decken, in der Regel ausgeschöpft<sup>4309</sup>. Wenn sie sich im Rahmen der Bedarfsbestimmung für eine Fallübernahme entscheide, dann treffe sie eine Entscheidung über das in naher Zukunft im Rahmen der Bedarfsbearbeitung voraussichtlich zu leistende formelle Pflegeprogramm<sup>4310</sup>.

Der Pflegekraft ist vermutlich daran gelegen, auch Fälle mit extrem geringem Pflegebedarf übernehmen zu können<sup>4311</sup>. Das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes ist nach Aussage der Pflegekraft an der Organisation des Altennachmittags beteiligt<sup>4312</sup>. Es übernimmt nach Angaben der Pflegekraft den Fahrdienst zum Altennachmittag<sup>4313</sup>. Der Fahrdienst eröffnet Möglichkeiten zur Kontaktpflege mit gebrechlichen, von Pflegebedürftigkeit bedrohten Senioren. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft betrachtet die gebrechlichen, von Pflegebedürftigkeit bedrohten Senioren<sup>4314</sup> als potentielle Klienten des gemeindlichen Pflegedienstes. Sie bewertet es als vorteilhaft, durch den Fahrdienst zum Altennachmittag Kontakt zu potentiellen Klienten des gemeindlichen Pflegedienstes pflegen zu können. Senioren, die das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes in jenem öffentlichen Kontext persönlich erleben, scheuen sich möglicherweise nicht, das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes im Falle eines extrem geringen Pflegebedarfs zu bitten, formelle Pflege im häuslichen Kontext zu leisten. Der Pflegekraft ist vermutlich zwar daran gelegen, Fälle mit extrem geringem Pflegebedarf übernehmen zu können. Die Pflegekraft bleibt vermutlich aber auch darauf bedacht, informelle Unterstützungswünsche möglichst nicht zu provozieren<sup>4315</sup>.

Anzunehmen ist: Auch im **Prozess der Fallbearbeitung** werden informelle Unterstützungswünsche transparent. Die Pflegekraft ist unter Umständen nicht nur im Prozess der Fallauswahl, sondern auch im Prozess der Fallbearbeitung gefordert, informellen Unterstützungswünschen eine Absage zu erteilen. Sie wählt die Art der Kommunikation, derer sie sich zur Abwehr informeller Unterstützungswünsche bedient: Sie kann zur Abwehr informeller Unterstützungswünsche einerseits auf direkte Kommunikation, andererseits auf indirekte Kommunikation setzen. Sie schätzt sich selber als Person mit begrenztem Durchsetzungsvermögen ein. Sie erklärt: Sie könne in

---

<sup>4308</sup> ALI 1: 63f.

<sup>4309</sup> vgl.: ebd.: 65.

<sup>4310</sup> vgl.: ALI 1: 1.

<sup>4311</sup> vgl.: ALI 2: 27.

<sup>4312</sup> vgl.: ALI 1: 1.

<sup>4313</sup> vgl.: ALI 1: 16; ALI 5: 27.

<sup>4314</sup> vgl.: ALI 5: 27.

<sup>4315</sup> vgl.: ALI 1: 16.



direkter Kommunikation mit Angehörigen „schlecht Nein sagen“<sup>4316</sup>. Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: Wenn sie sich gefordert sieht, informelle Unterstützungswünsche abzuwehren, die sie als überzogen betrachtet, dann meidet sie unter Umständen die direkte Kommunikation mit Angehörigen, derweil sie unter Umständen die indirekte Kommunikation mit Angehörigen sucht. Sie zieht es unter Umständen vor, jene informellen Unterstützungswünsche nicht selber abzuwehren, sondern abwehren zu lassen. Sie setzt unter Umständen die Krankenpflegehelferin ein, stellvertretend für sie in direkter Kommunikation mit Angehörigen „Nein“ zu sagen. Sie schätzt die Krankenpflegehelferin als Person ein, deren Durchsetzungsvermögen in der direkten Kommunikation mit Angehörigen vergleichsweise höher ist<sup>4317</sup>.

- Die Pflegekraft erklärt: Wenn sie den Eindruck gewinne, dass ein Pflegeeinsatz am Wochenende nicht notwendig wäre, aber begehrt würde, dann entsende sie die Krankenpflegehelferin freitags zum Hausbesuch. Die Krankenpflegehelferin gebe den Angehörigen zu verstehen: Die Krankenschwester habe am Wochenende frei, sei erreichbar und könne im Notfall verständigt werden<sup>4318</sup>.
- Die Pflegekraft betont: „Dann kommen die nicht auf die Idee“<sup>4319</sup>, einen Pflegeeinsatz am Wochenende zu fordern und wenn sie den Pflegeeinsatz am Montagmorgen absolviere, dann werde ihr mitgeteilt: „Wir sind doch zurechtgekommen“<sup>4320</sup>. Sie persönlich hätte sich jedoch „unter Garantie von den rehbraunen Augen erweichen lassen“<sup>4321</sup>, am Wochenende formelle Pflege zu leisten.

In der Interaktion mit Angehörigen Koordinationsarbeit leistend, behandelt die Pflegekraft nach eigener Darstellung nicht nur informelle Unterstützungswünsche, sondern auch **informelle Unterstützungsleistungen**. Die Pflegekraft sieht sich unter Umständen vermutlich veranlasst, Angehörige auf **Ansprüche** hinzuweisen, die sie mit Bezug auf die Gewährung informeller Unterstützungsleistungen unterhält. Zu vermuten ist: Sie gibt Angehörigen unter Umständen zu verstehen, dass sie sich (auf bestimmte Weise) an der **Produktion von häuslicher Pflegeleistungen** beteiligen sollen. Die Pflegekraft berichtet: Unter Umständen erkundigen Angehörige sich, ob sie verpflichtet seien, in der

---

<sup>4316</sup> ALI 3: 56.

<sup>4317</sup> vgl.: ALI 3: 56.

<sup>4318</sup> vgl.: ebd.: 56.

<sup>4319</sup> ebd.: 56.

<sup>4320</sup> ebd.: 56.

<sup>4321</sup> ebd.: 57.

Zeit **während** eines Einsatzes Hilfestellung zu leisten. „Muss ich helfen?“<sup>4322</sup> Sie gebe ihnen zur Antwort: Wenn sie in der momentanen Situation nicht gewillt oder nicht fähig seien, bei der Arbeit zu mitzuwirken, dann verlange sie deren Mitarbeit auch nicht unbedingt, sondern bemühe sich, die Arbeit alleine zu bewältigen und wenn sie Hilfestellung brauchen sollte, dann werde sie um Hilfe bitten. Wenn sie signalisiert habe, in der momentanen Situation bereit zu sein, alleine zu arbeiten, und gewillt zu sein, bei Bedarf Hilfe einzufordern, dann signalisieren die Angehörigen die Bereitschaft, nach Aufforderung Hilfe zu leisten: „Ja, ist gut“<sup>4323</sup>. Die Pflegekraft berichtet ferner: Unter Umständen erklären Angehörige auch, sie möchten sich in der Zeit während eines Einsatzes „lieber verziehen“<sup>4324</sup>. Wenn ihnen allerdings die Bereitschaft signalisiere werde, die Arbeit ohne sie zu beginnen, dann signalisieren sie die Bereitschaft, nach Aufforderung Hilfe zu leisten: „Ja, rufen Sie aber, wenn sie mich brauchen“<sup>4325</sup>. Die Pflegekraft erklärt: Nach Absprache verständige sie die Angehörigen, um sie zur Mitarbeit aufzufordern, wenn sie sich gefordert sehe, eine körperlich schwere Pflegeleistung zu verrichten<sup>4326</sup>. Ansonsten bemühe sie sich, die während eines Einsatzes anfallende Arbeit soweit wie möglich alleine zu erledigen, ohne Angehörige zu engagieren<sup>4327</sup>. Die Pflegekraft sieht sich nach eigener Aussage unter Umständen gefordert, Angehörigen zu erklären, dass die informelle Pflege, die in der Zeit **zwischen** den Einsätzen zu erledigen ist, sich „vielleicht ein bisschen anders“<sup>4328</sup> verrichten lässt. Die Pflegekraft berichtet, den Angehörigen unter Umständen zu erklären: Wenn sie in der Zeit zwischen den Einsätzen informelle Pflege in einer der formellen Pflege gemäßen Weise leisten würden, dann wäre es um die „Heilungschance ein bisschen besser“<sup>4329</sup> bestellt.

Vermutlich gibt die Pflegekraft Angehörigen unter Umständen auch zu verstehen, dass sie sich (auf bestimmte Weise) an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligen sollen. Die Pflegekraft berichtet: Wenn sie erlebe, dass Angehörige versuchen, den Personalpersonen Geldgeschenke zu machen, dann gebe sie ihnen stets zu verstehen, dass sie eine Spende zugunsten des gemeindlichen Pflegedienstes begrüße, aber Geldgeschenke zugunsten der Personalpersonen ablehne<sup>4330</sup>. Wenn die Angehörigen die benötigten Arbeitsmittel vor Beginn eines Einsatzes zurechtgelegt haben, dann kann das Pflegepersonal die Arbeit nach Darstellung der Pflegekraft „gleich

---

<sup>4322</sup> ALI 3: 76.

<sup>4323</sup> ALI 3: 76.

<sup>4324</sup> ALI 2: 9.

<sup>4325</sup> ebd.: 9.

<sup>4326</sup> vgl.: ebd.: 9.

<sup>4327</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>4328</sup> ALI 3: 75.

<sup>4329</sup> ALI 4: 5.

<sup>4330</sup> vgl.: ALI 6 A1: 61.

zügig<sup>4331</sup> beginnen und „ein bisschen flotter“<sup>4332</sup> erledigen. Die Pflegekraft berichtet: Wenn benötigte Arbeitsmittel am Arbeitsplatz nicht parat liegen, dann erkläre sie den Angehörigen, dass sie ein Arbeitsmittel benötige, das am Arbeitsplatz fehle, dass sie nicht in deren Schränken nach benötigten Arbeitsmitteln suchen möchte, dass sie die Arbeit nicht beständig unterbrechen kann, sei es um Arbeitsmittel zu besorgen, sei es um Arbeitsmittel zu entsorgen. Auch bitte sie die Angehörigen ihr den Fundort zu benennen. Die Pflegekraft berichtet ferner: Am nächsten Tag erlebe sie, dass die benötigten Arbeitsmittel zurechtgelegt seien. Der Kommentar der Pflegekraft lautet: „Sie wollen uns auch nicht zu viel Arbeit machen“<sup>4333</sup>. Auch gibt die Pflegekraft Angehörigen unter Umständen vermutlich zu verstehen, dass sie sich (auf bestimmte Weise) an der **Organisation des medizinischen Behandlungsprozesses** beteiligen sollen. Die Pflegekraft berichtet: In Fällen, in denen sie sich mit dem behandelnden Hausarzt nicht verstehe<sup>4334</sup>, aber Bedarf an medizinischer Behandlung wahrnehme, versuche sie nicht auf direkte Weise, sondern auf indirekte Weise auf die Behandlungsentscheidung des Hausarztes Einfluss zu nehmen. Nach Möglichkeit vermeide sie es, in jenen Fällen selber mit dem Hausarzt Kontakt aufzunehmen. Nach Möglichkeit veranlasse sie in jenen Fällen stattdessen die Angehörigen, den Hausarzt zu kontaktieren. Sie lasse die Angehörigen um eine Behandlungsentscheidung bitten<sup>4335</sup>. Sie händige den Angehörigen ein Schriftstück aus, das sie eigens zu dem Zweck verfasst habe, die geplante Einflussnahme vorzubereiten. Jenes Schriftstück weise die diensthabende Pflegekraft als Verfasserin aus. Sie benenne das Anliegen: nämlich die Verordnung eines Medikamentes, das entweder den ihr „geläufigen Namen“<sup>4336</sup> trage oder „die gleiche Zusammensetzung“<sup>4337</sup> aufweise. Sie bekunde, dass sie mit Bezug auf die Medikamentenwahl die Entscheidungsfreiheit der Hausarztes anerkenne, und beende das Schriftstück mit einer an den Hausarzt adressierten und zumindest freundlich erscheinenden Dankesbekundung für die antizipierte Unterstützung<sup>4338</sup>.

Den Ausführungen der Pflegekraft ist zu entnehmen: In der Interaktion mit Angehörigen Koordinationsarbeit leistend, ist sie bestrebt, auf Angehörige Einfluss zu nehmen, um sowohl die familiäre Selbsthilfe als auch die individuelle Selbsthilfe zu fördern. Um **Förderung familiärer Selbsthilfe** bemüht, versucht sie, auf Angehörige einzuwirken, sich an der Produktion häuslicher Pflegeleistungen zu beteiligen<sup>4339</sup>. Auf **Förderung**

---

<sup>4331</sup> ALI 3: 76.

<sup>4332</sup> ebd.: 76.

<sup>4333</sup> ebd.: 77.

<sup>4334</sup> vgl.: ALI 1: 15; ALI 5: 47.

<sup>4335</sup> vgl.: ALI 5: 40f.

<sup>4336</sup> ebd.: 40.

<sup>4337</sup> ebd.: 41.

<sup>4338</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>4339</sup> vgl.: ALI 3: 75; ALI 4: 5.

**individueller Selbsthilfe** bedacht, versucht sie pflegende Angehörige zu beeinflussen, sich selber zusätzlich Entlastung verschaffen: sei es durch Aktivierung der eigenen Familie<sup>4340</sup>, sei es durch Teilnahme an einer Angehörigengruppe<sup>4341</sup>. Die Pflegekraft berichtet: Sie probiere, pflegende Angehörige zu bewegen, Familienmitglieder zu engagieren, die sie zeitweilig ablösen, damit sie sich von Zeit zu Zeit unbesorgt eine Auszeit von der familialen Pflegepflicht nehmen können<sup>4342</sup>. Die Pflegekraft berichtet ferner: Sie habe probiert, pflegende Angehörige zu motivieren, an einer Angehörigengruppe teilzunehmen. Sie erklärt: Eine Angehörigengruppe sei „eine schöne Sache“<sup>4343</sup>. Eine Angehörigengruppe sei sinnvoll, da die pflegenden Angehörigen auch Sorgen haben, die die Pflegekräfte aber in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes keineswegs bewältigen können.<sup>4344</sup> Eine Angehörigengruppe lasse hoffen, dass die pflegenden Angehörigen „selber ihre Ängste und ihre Aggressionen irgendwo abbauen können“<sup>4345</sup>. Wenn es pflegenden Angehörigen nicht gelinge, jene Gefühle zu bewältigen, dann sei das Pflegepersonal von unzumutbarer Mehrbelastung bedroht<sup>4346</sup>, die Fortsetzung der informellen Pflege und die Qualität der fortgesetzt geleisteten informellen Pflege gefährdet<sup>4347</sup>. Sie berichtet: Um Überwindung objektiver Barrieren wider eine Teilnahme an der Angehörigengruppe bemüht, verweise sie pflegende Angehörige auf die denkbare Möglichkeit, sich „ein bisschen durch Familienmitglieder“<sup>4348</sup> vertreten zu lassen. Um Überwindung subjektiver Barrieren wider eine Teilnahme an der Angehörigengruppe bemüht, erkläre sie pflegenden Angehörigen:

- Auch die Pflegekräfte haben Probleme und möglicherweise ergehe es den Angehörigen wie den Pflegekräften. Auch die Pflegekräfte nutzen erlaubte Möglichkeiten zur Kommunikation über Probleme. Und manchmal muss über Probleme kommuniziert werden<sup>4349</sup>, um sich Entlastung zu verschaffen.
- Eine Teilnahme an der Angehörigengruppe verpflichte keineswegs zur Kommunikation über eigene Probleme. Nicht nur die Kommunikation über eigene Probleme, sondern auch die Wahrnehmung der Probleme, die andere

---

<sup>4340</sup> vgl.: ALI 1: 3.

<sup>4341</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>4342</sup> vgl.: ebd.: 4.

<sup>4343</sup> ebd.: 4.

<sup>4344</sup> vgl.: ALI 3: 36.

<sup>4345</sup> ebd.: 36.

<sup>4346</sup> vgl.: ALI 3: 36.

<sup>4347</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>4348</sup> ALI 1: 3.

<sup>4349</sup> ALI 3: 32.

Angehörige haben, und die Wahrnehmung der Strategien, sie zwecks Problembearbeitung wählen, könne entlastend sein<sup>4350</sup>.

- Sie selber sei bereit, Angehörige bei der Teilnahme an der Angehörigengruppe zu begleiten, damit sie „eine Bezugsperson haben“<sup>4351</sup>, die sie kennen. Sie beschränke die Bereitschaft zur Begleitung auf die Anfangsphase, in der die pflegenden Angehörigen einander erst kennenlernen müssen<sup>4352</sup>.

Den Ausführungen der Pflegekraft kann entnommen werden: Sie lässt bei Versuchen, pflegende Angehörige zur Teilnahme an der geplanten Angehörigengruppe anzuregen<sup>4353</sup>, das Bemühen erkennen, die mit Pflegeprozessen verknüpften Beschwerden zu normalisieren und die Kommunikation über die mit Pflegeprozessen verbundenen Beschwerden zu entproblematisieren<sup>4354</sup>. Sie leistet bei Versuchen, pflegende Angehörige zu bewegen, an der geplanten Angehörigengruppe teilzunehmen<sup>4355</sup>, Aufklärung über die Möglichkeiten, sich durch eine Teilnahme an der Angehörigengruppe Entlastung zu verschaffen<sup>4356</sup>. Sie lässt bei Versuchen, pflegende Angehörige zur Teilnahme an der geplanten Angehörigengruppe zu motivieren<sup>4357</sup>, die begrenzte Bereitschaft erkennen, pflegende Angehörige bei Versuchen zu unterstützen, sich durch eine Teilnahme an der Angehörigengruppe Entlastung zu verschaffen<sup>4358</sup>.

In der Interaktion mit Angehörigen Koordinationsarbeit leistend, behandelt die Pflegekraft vermutlich auch die **formellen Unterstützungsleistungen**, die das Pflegepersonal selber erbringt. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft teilt Familienangehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm mit<sup>4359</sup>. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft versucht, Angehörigen Einblick in Zielsetzungen formeller Pflege zu gewähren. Sie lenkt die Aufmerksamkeit der Angehörigen auf Möglichkeiten und Grenzen, den Zustand der pflegebedürftigen Person zu verbessern. Die Ausführungen der Pflegekraft lassen vermuten: Wenn sie im Gegensatz zu den Angehörigen die Möglichkeit einer Zustandsverbesserung nicht ausschließt, dann ist sie nicht nur bemüht, den Angehörigen verständlich zu machen, dass die Möglichkeit einer Zustandsverbesserung in der Praxis eigens zu überprüfen ist, sondern ist auch bestrebt,

---

<sup>4350</sup> vgl.: ebd.: 32.

<sup>4351</sup> ebd.: 33.

<sup>4352</sup> vgl.: ebd.: 33.

<sup>4353</sup> vgl.: ALI 1: 4.

<sup>4354</sup> vgl.: ALI 3: 32.

<sup>4355</sup> vgl.: ALI 1: 4.

<sup>4356</sup> vgl.: ALI 3: 32.

<sup>4357</sup> vgl.: ALI 1: 4.

<sup>4358</sup> vgl.: ALI 3: 32.

<sup>4359</sup> vgl.: ALI 1: 1.

auf Seiten der Angehörigen keine überzogenen Hoffnungen zu wecken. Sie beschränkt sich darauf, Angehörigen das Versprechen zu geben, zu „versuchen, das Bestmögliche zu machen“<sup>4360</sup>. Sie hütet sich, Angehörigen zu versprechen, dass sich die erhoffte Zustandsverbesserung erreichen lässt<sup>4361</sup>. Die Ausführungen der Pflegekraft lassen auch vermuten: Wenn sie im Gegensatz zu den Angehörigen die Möglichkeit einer Verbesserung des Zustands auf Seiten der pflegebedürftigen Person ausschließt, dann versucht sie, Angehörigen begreiflich zu machen, dass es aussichtslos ist, auf eine Zustandsverbesserung zu hoffen<sup>4362</sup>.

Anzunehmen ist: In der Interaktion mit Mitgliedern familialer Netzwerke Koordinationsarbeit leistend, behandelt die Pflegekraft unter Umständen auch die **Zukunft des etablierten Unterstützungsarrangements**: Ist es angezeigt, sich für die Einleitung der Heimpflege zu entscheiden? Die Pflegekraft erklärt: Es sei für beide Parteien, sowohl für die Angehörigen als auch für die Senioren, schwierig, sich für eine Heimpflege zu entscheiden. Die Angehörigen haben Schuldgefühle und die Senioren nähren deren Schuldgefühle. „Ihr wollt mich nur abschieben“<sup>4363</sup>. Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage Situationen erlebt, in denen „nach langem Hin und Her“<sup>4364</sup> die Entscheidung für eine Heimpflege gefallen ist<sup>4365</sup>. Sie hat nach eigener Auskunft auch Situationen erlebt, in denen versucht worden ist, sie an der Entscheidungsfindung zu beteiligen<sup>4366</sup>.

- Sie berichtet erstens: Sie versuche den Parteien einerseits zu erklären, dass sie mit der Entscheidung für oder wider eine Heimpflege „im Prinzip eigentlich nichts zu tun“<sup>4367</sup> habe, dass diese letztlich nicht bei ihr liege. Sie versuche den Parteien andererseits zu erklären, dass sie von einer Heimpflege jedoch „auch nicht ganz abraten“<sup>4368</sup> würde.
- Sie berichtet zweitens: Sie habe Kontakt zu den Heimen und wisse um freie Betten. Unter Umständen biete sie den Familienmitgliedern an, sie bei der Besichtigung von Heimen zu begleiten, damit sie sich durch eine Besichtigung

---

<sup>4360</sup> ALI 4: 59.

<sup>4361</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>4362</sup> vgl.: ALI 3: 69.

<sup>4363</sup> ALI 2: 25.

<sup>4364</sup> ebd.: 20.

<sup>4365</sup> vgl.: ebd.: 20.

<sup>4366</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>4367</sup> vgl.: ebd.: 25.

<sup>4368</sup> vgl.: ebd.: 26.

verschiedener Heime ein eigenes Urteil bilden können<sup>4369</sup>. Sie habe jenes Angebot zur Begleitung unter Umständen auch umgesetzt.

- Die Pflegekraft plädiert in der Interaktion mit Familienmitgliedern vermutlich nicht dafür, die häusliche Pflege unbedingt fortzusetzen. Nach eigener Aussage erklärt sie ihnen: Sie „kann nicht mehr machen“<sup>4370</sup> und sie „kann auch nicht versprechen“<sup>4371</sup>, dass bei fortgesetzter häuslicher Pflege eine Besserung eintritt<sup>4372</sup>.
- Die Pflegekraft lässt sich in der Interaktion mit Familienmitgliedern vermutlich auch nicht unbedingt festlegen: Ist sie der Ansicht, dass es unter den gegebenen Umständen besser wäre, der Heimpflege den Vorzug vor der häuslichen Pflege zu geben<sup>4373</sup>?

Die Pflegekraft hat nach eigener Aussage wahrgenommen: Zu den Klienten des gemeindlichen Pflegedienstes zählen Senioren, die alleine sind<sup>4374</sup> und einen Bedarf an sozialer Betreuung aufweisen, der sich nicht allein durch Besuchsdienste decken lässt, die sie selber absolviert<sup>4375</sup>. Sie ist nach eigener Auskunft um **Förderung freiwilliger Hilfe** bemüht gewesen, um die soziale Betreuung jenen Senioren auf eine personell breitere Basis stellen zu können. Sie hat nach eigener Aussage den Versuch gestartet, ein auf der Ebene der Kirchengemeinde eigens zur Durchführung freiwilliger Besuchsdienste geschaffenes soziales Netzwerk zu aktivieren: Sie berichtet, probiert zu haben<sup>4376</sup>, Mitglieder des kirchlichen Besuchsgebietes zu gewinnen, freiwillig Besuchsdienste bei jenen Senioren zu übernehmen<sup>4377</sup>. Sie hat nach eigenen Angaben auch den Versuch unternommen, ein eigens der Durchführung freiwilliger Besuchsdienste dienendes soziales Netzwerk zu schaffen: Sie berichtet, wiederholt versucht zu haben<sup>4378</sup>, mobile Mitglieder des Altenclubs, zu motivieren, eine Besuchergruppe zu bilden, um jene Besuchsdienste zu leisten<sup>4379</sup>. Sie erklärt: Besuchsdienste von Freiwilligen seien „eine schöne Sache“<sup>4380</sup>. Habe sie als Pflegekraft

---

<sup>4369</sup> vgl.: ebd.: 22.

<sup>4370</sup> ebd.: 25.

<sup>4371</sup> ebd.: 25.

<sup>4372</sup> ebd.: 26.

<sup>4373</sup> vgl.: ebd.: 23.

<sup>4374</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>4375</sup> vgl.: ALI 1: 17.

<sup>4376</sup> vgl.: ALI 6 A1: 49.

<sup>4377</sup> vgl.: ALI 5: 28; ALI 6 A1: 49.

<sup>4378</sup> vgl.: ALI 1: 17; ALI 5: 28.

<sup>4379</sup> vgl.: ALI 1: 17.

<sup>4380</sup> ALI 2: 29.

keine Zeit, einen Besuchsdienst zu leisten, könnte sich möglicherweise ein Freiwilliger engagieren<sup>4381</sup>. In dem Bemühen um Förderung freiwilliger Hilfe hat die Pflegekraft nach eigenen Angaben auch versucht, auf Mitglieder einer lokalen Wohlfahrtsorganisation Einfluss zu nehmen, auf freiwilliger Basis Haushaltshilfen zu leisten<sup>4382</sup>.

### 3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Anzunehmen ist: Zwecks Sicherstellung der Pflegearbeit leistet die Pflegekraft auch **Fehlerarbeit**. Die Aufmerksamkeit auf das Bemühen um **Fehlervermeidung** lenkend, verweist sie nicht nur auf das Bestreben, fremde Fehler wie etwa Ernährungsfehler von Diabetikern zu vermeiden<sup>4383</sup>, sondern auch auf das Bemühen, eigenen Fehlern vorzubeugen. Um den Bedarf an formeller Pflege möglichst fehlerfrei zu erfassen, kombiniert sie im Verlauf der **Bedarfsbestimmung** vermutlich **heterogene Methoden** und **heterogene Perspektiven**. Sie berichtet: Im Rahmen des Erstbesuches habe sie in der Regel erstmals die Gelegenheit, den zu bewältigenden Bedarf persönlich zu bestimmen<sup>4384</sup>. Sie sehe sich „die Sache“<sup>4385</sup> und „den Patienten“<sup>4386</sup> an. Sie befrage die anwesenden Angehörigen<sup>4387</sup>. Sie berichtet ferner: Im Rahmen der Einsätze, die sie in der Folgezeit durchführe, habe sie jedes Mal Gelegenheit, die Bedarfsentwicklung zu erfassen und die Bedarfsbestimmung zu überprüfen. Sie „gucke, wie es weiter abläuft“<sup>4388</sup>. Sie registriere Zustandsveränderungen auf Seiten der zu pflegenden Person<sup>4389</sup>. Sie nehme sowohl Zustandsverbesserungen als auch Zustandsverschlechterungen wahr<sup>4390</sup>. Sie sei bestrebt, in jedem Einzelfall zumindest einen Einsatz pro Woche persönlich durchzuführen, dass sie auf der Basis eigener Einsichten um die Bedarfsentwicklung „weiß“<sup>4391</sup>.

Die Pflegekraft ist nach eigenen Angaben im Verlauf der Bedarfsbestimmung nicht nur bestrebt, die Perspektive der Familienangehörigen zu erheben: Sie betrachten die Fallentwicklung und Fallbearbeitung aus einer Perspektive, die durch persönliche, lebensgeschichtlich verankerte Verwicklungen mit dem älteren Familienmitglied geprägt ist. Die Pflegekraft ist nach eigener Aussage im Verlauf der Bedarfsbestimmung auch

---

<sup>4381</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>4382</sup> vgl.: ALI 1: 26; ALI 4: 10.

<sup>4383</sup> vgl.: ALI 6 A1: 40.

<sup>4384</sup> vgl.: ALI 3: 12.

<sup>4385</sup> ALI 1: 1.

<sup>4386</sup> ALI 2: 3.

<sup>4387</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>4388</sup> ALI 1: 3.

<sup>4389</sup> vgl.: ALI 3: 12.

<sup>4390</sup> vgl.: ALI 2: 24.

<sup>4391</sup> ALI 1: 39.



bemüht, die Perspektive diverser beruflicher Helfer zu erfassen: Sie begutachten die Fallentwicklung und Fallbearbeitung aus einer Perspektive, die gleichfalls durch berufliche Ausbildung und Berufserfahrung geprägt ist. Sie bearbeiten dieselben Fälle: sei es in der Funktion einer Pflegekraft, sei es in der Funktion eines Hausarztes. Sie bearbeiten andere Fälle: in der Funktion einer Pflegekraft, die zwar im Kontext der ambulanten Pflege, aber im Kontext einer anderen Pflegeorganisation tätig ist. Sie bieten sich zwecks Supervision der Fallbearbeitung an: in der Funktion einer Sozialarbeiterin. Nach Darstellung der Pflegekraft lassen sich **Fallbesprechungen** mit Personen, die die Fallentwicklung und Fallbearbeitung gleichfalls aus einer Perspektive betrachten, die durch berufliche Ausbildung und Berufserfahrung geprägt ist, als Möglichkeit zur Fehlerarbeit **nutzen**. Die Krankenschwester verdeutlicht: Sie stützt sich nach Möglichkeit auf Fallbesprechungen mit Hausärzten<sup>4392</sup>. Die auf Gemeindeebene ansässigen Hausärzte lassen die Bereitschaft, im Rahmen einer Fallbesprechung über gemeinsame Fälle zu kommunizieren, teils erkennen<sup>4393</sup>, teils vermissen<sup>4394</sup>. Die Krankenschwester verdeutlicht ferner: Sie macht sich das auf Organisationsebene aufgebaute Netzwerk zweier Pflegekräfte zunutze, um regelmäßig eigene Fälle unter eigener Leitung zu besprechen<sup>4395</sup>. Das auf regionaler Ebene eingerichtete Netzwerk von Pflegekräften macht sie sich zunutze, um eigene Fälle unter fremder (sozialarbeiterischer) Leitung in einem Kreis von Pflegekräften zu besprechen, die in den ambulanten Pflegediensten der Region tätig sind<sup>4396</sup>.

Nach Angaben der Pflegekraft sind **Fallbesprechungen** unter Personen, die die Fallentwicklung und Fallbearbeitung gleichfalls aus einer Perspektive betrachten, die durch berufliche Ausbildung und Berufserfahrung geprägt ist, als Möglichkeit zur Fehlerarbeit **bedingt nützlich**. Sie schildert: Sie habe eine sich bietende Gelegenheit genutzt, um in jenem Kreis von Pflegekräften, die in den ambulanten Pflegediensten der Region tätig sind, einen eigenen Fall unter fremder Leitung zu besprechen. Sie habe zu Zwecken der Fallbesprechung den Fall einer Seniorin ausgewählt, die einer Familie angehöre, die zahlreiche Mitglieder habe. Im Rahmen jener Fallbesprechung seien widersprüchliche Deutungen über die subjektive Befindlichkeit der Seniorin vertreten worden: Ihr sei erklärt worden, die Seniorin sei „unheimlich einsam“<sup>4397</sup>. Sie aber habe erklärt: Die Seniorin sei nicht einsam. Erläuternd habe sie auf den Umstand verwiesen, dass die Seniorin einer Familie angehöre, die zahlreiche Mitglieder habe. Sie habe nicht die Richtigkeit der eigenen Deutung, sondern die Richtigkeit der fremden Deutung

---

<sup>4392</sup> vgl.: ALI 4: 14.

<sup>4393</sup> vgl.: ebd.: 14.

<sup>4394</sup> vgl.: ALI 6 A1: 34.

<sup>4395</sup> vgl.: ALI 1: 39; ALI 2: 4.

<sup>4396</sup> vgl.: ALI 6 A1: 42, 46.

<sup>4397</sup> ebd.: 42.

bezweifelt. Sie habe betont: Sie könne sich Einsamkeit im Falle der in jener Familie lebenden Seniorin nicht vorstellen. Sie habe gleichwohl wahrgenommen, dass die Richtigkeit jener Deutung, die sie vertreten habe, mehrheitlich bezweifelt worden sei: „Die haben mich alle mit riesengroßen Augen angeguckt“<sup>4398</sup>. Sie sei aufgefordert worden, die Seniorin anzusprechen. Sie habe in der Folge eine sich bietende Gelegenheit genutzt, um die sich widersprechenden Deutungen durch Kommunikation mit der Seniorin auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Anschließend habe sie sich gefordert gesehen, die eigene Deutung als falsch zu verwerfen<sup>4399</sup>.

#### 4. Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsfolgen

Die Pflegekraft ist als Folge der Arbeit in der ambulanten Pflege diversen **Belastungen** ausgesetzt: einerseits körperlichen Belastungen<sup>4400</sup>, andererseits seelischen Belastungen<sup>4401</sup>. Belastend ist nach Angaben der Pflegekraft die Arbeit in Sterbefällen. Die Pflegekraft betont: In der Häuslichkeit zu bewältigende **Sterbesituationen** seien als Arbeitssituation für sie „unheimlich schlimm“<sup>4402</sup>. Jenes Gefühl von Belastung erläuternd, richtet sie die Aufmerksamkeit erstens auf die Anforderung, eine im Sterben liegende ältere Person zu begleiten, und erklärt: Sie sei während ihrer Ausbildung auf die Begleitung von Sterbenden vorbereitet worden. Das **Sterben an sich** sei ein „normaler Vorgang“<sup>4403</sup> und das **Sterben im Alter** sei gleichfalls „normal“<sup>4404</sup>. Sie empfinde es nicht mehr als belastend, eine im Sterben liegende ältere Person zu begleiten. Sie hat nach eigener Darstellung „ein Schutzschild“<sup>4405</sup>. Sie kann sich sagen: „Die haben ihr Leben gelebt, die sind alt geworden, die haben schöne Tage gehabt, jetzt sind sie krank und irgendwann ist für uns der Weg auch so bezeichnet“<sup>4406</sup>. Jenes Gefühl von Belastung erläuternd, richtet sie das Augenmerk zweitens auf die Anforderung, mit den Angehörigen einer im Sterben liegenden älteren Person zu interagieren, und erklärt: Sie empfinde die Interaktion mit den Angehörigen als Belastung. Das Schlimme sei „**immer dieses Familiäre, dieses Ringsrum**“<sup>4407</sup>. Sie sei gefordert, mit Angehörigen zu interagieren, die sich uneinig seien. Deren Uneinigkeit zu erleben, belaste sie „ein

---

<sup>4398</sup> ALI 6 A1: 42.

<sup>4399</sup> vgl.: ebd.: A1: 46.

<sup>4400</sup> vgl.: ALI 2: 3, ALI 4: 57.

<sup>4401</sup> vgl.: ALI 2: 12ff; ALI 4: 41f.

<sup>4402</sup> ALI 2: 12.

<sup>4403</sup> ebd.: 13.

<sup>4404</sup> ebd.: 12.

<sup>4405</sup> ALI 5: 24.

<sup>4406</sup> ebd.: 24.

<sup>4407</sup> ebd.: 24; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

bisschen<sup>4408</sup>. Sie sei gefordert, mit Angehörigen zu interagieren, die nicht gefasst seien. Sie „vorbereiten“<sup>4409</sup>, falle ihr „unheimlich schwer“<sup>4410</sup>. Und sie werde von der Familie vereinnahmt. Die Familie erhoffe sich unter Umständen ein bisschen mehr an Unterstützung, als sie ihr gewähren könne oder wolle<sup>4411</sup>. Sie erlebe jene Vereinnahmung als Unheimlich bedrückend<sup>4412</sup>. Im Kontext der Krankenhauspflege zu bewältigende Sterbesituationen seien „nicht so schlimm“<sup>4413</sup>. Bei Sterbesituationen im Kontext der Krankenhauspflege erlebe man die Reaktionen und Emotionen von Angehörigen zwar „auch, aber nicht so extrem“<sup>4414</sup>. Extrem belastend ist nach Darstellung der Pflegekraft die Arbeit in Fällen, die sie gar als Sterbefälle übernimmt. Sie betont: Sterbesituationen seien als Einstieg in die Fallbearbeitung „nicht schön“<sup>4415</sup>, sondern „problematisch“<sup>4416</sup>. Sterbesituationen als Einstieg in die Fallbearbeitung rekonstruierend, berichtet sie:

- Die Sterbenden selbst seien geschwächt und außerstande, bei der Pflege behilflich zu sein. Das Leiden der Sterbenden sei unübersehbar: Sie seien sich „am Quälen“<sup>4417</sup>. Die Familie der Sterbenden „baut auch total ab“<sup>4418</sup>, sei „mit den Kräften total am Ende“<sup>4419</sup> und selber hilfsbedürftig
- Die Pflegekräfte seien bestrebt, das Leiden der Sterbenden zu lindern: Sie „drehen sie und wenden sie und versuchen, noch möglichst alles zu machen“<sup>4420</sup>, um ihnen Linderung zu verschaffen. Die Angehörigen erklären jedoch, das Pflegepersonal füge den Sterbenden Leiden zu. Es sei „ein bisschen schwierig“<sup>4421</sup>, den Angehörigen zu verdeutlichen, das Pflegepersonal beabsichtige „auch nur möglichst das Beste“<sup>4422</sup>.
- In dieser Phase könne die Pflegekraft „nicht alles ummodelln“<sup>4423</sup>, um sich selber die Arbeit zu erleichtern, und sie verrichte eine Arbeit, die letztlich nicht von Erfolg

---

<sup>4408</sup> ALI 2: 14.

<sup>4409</sup> ebd.: 12.

<sup>4410</sup> ebd.: 12f.

<sup>4411</sup> vgl.: ALI 6 A1: 9.

<sup>4412</sup> ebd.: 9.

<sup>4413</sup> ALI 2: 12.

<sup>4414</sup> ebd.: 13.

<sup>4415</sup> ALI 1: 57.

<sup>4416</sup> ebd.: 63.

<sup>4417</sup> ebd.: 64.

<sup>4418</sup> ebd.: 64

<sup>4419</sup> ebd.: 65.

<sup>4420</sup> ebd.: 64.

<sup>4421</sup> ebd.: 64.

<sup>4422</sup> ebd.: 65.

<sup>4423</sup> ebd.: 64.

gekrönt sei, sondern die eigene Ohnmacht beweise. Durch die Arbeit der Pflegekraft könne bestenfalls Leiden gemildert, aber nicht der Tod verhindert werden: Die Pflegekräfte versuchen, bei Sterbenden<sup>4424</sup> „das Beste zu machen, aber im Prinzip nützt es nichts“<sup>4425</sup>.

Auch die Arbeit in Badefällen ist nach Darstellung der Pflegekraft nicht frei von Belastungen. Sie berichtet: Bei Badefällen sei normalerweise das Einsteigen in die Badewanne und das Aussteigen aus der Badewanne das Problem. Das größte Problem stelle in der Regel das Aussteigen aus der Badewanne dar. Das Aussteigen sei „das Schlimmste“<sup>4426</sup>. Sie verdeutlicht: Badehilfe bedeutet unter Umständen körperliche Schwerstarbeit. Nach Darstellung der Pflegekraft ist die Arbeit in Fällen, die sie als Badefälle übernimmt, allerdings weniger belastend als die Arbeit in Fällen, die sie als Sterbefälle übernimmt. Sie betont: **Badesituationen** seien als Einstieg in die Fallbearbeitung „**besser**“<sup>4427</sup>. Sie erklärt erstens: Bei Badefällen stehe nur die Badehilfe auf dem Programm. Die zu badenden Senioren seien in der Lage, ihren Alltag relativ selbständig zu bewältigen. Ihr Hilfebedarf sei gering<sup>4428</sup>. Sie erklärt zweitens: Wenn das Pflegepersonal aktiviert werde, Hilfe bereits in einer Phase geringen Hilfebedarfs zu leisten, dann gewinne das Pflegepersonal Zeit, sowohl sich selber, als auch die Familie auf die Bewältigung von Phasen hohen Hilfebedarfs vorzubereiten<sup>4429</sup>. Es erhalte die Chance, die zu pflegende Person, die (pflegenden) Angehörigen und die familiären Beziehungen kennenzulernen, sich mit den Reaktionsweisen der Familienmitglieder vertraut zu machen, die Familienmitglieder mit den Regeln der Organisation ambulanter Pflege bekannt zu machen und tragfähige Koordinations- und Kooperationsbeziehungen aufzubauen<sup>4430</sup>. Jene Eingewöhnungsphase ermögliche es, Belastungen auf Seiten der Pflegekraft zu begrenzen. Ein beizeiten erfolgreicher Einstieg in die Fallbearbeitung, wie etwa der Einstieg mit einem Badeprogramm, birgt aus Sicht der Pflegekraft nicht nur **Chancen**, sondern auch **Gefahren**. Auf Chancen verweisend, betont sie: Ein beizeiten erfolgreicher Einstieg eröffne die Möglichkeit, eine Jahre währende Arbeitsbeziehung aufzubauen, in der sowohl gute als auch schlechte Zeiten erfahrbar werden<sup>4431</sup>. Mit der Dauer der Arbeitsbeziehung steige die Möglichkeit, „ein bisschen mehr zu steuern“<sup>4432</sup>. Je länger die Arbeitsbeziehung wäre, umso besser werde

---

<sup>4424</sup> vgl.: ebd. 64.

<sup>4425</sup> ebd.: 65.

<sup>4426</sup> ALI 6 A1: 67.

<sup>4427</sup> ALI 1: 65; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4428</sup> vgl.: ALI 3: 13.

<sup>4429</sup> vgl.: ALI 1: 65.

<sup>4430</sup> vgl.: ALI 1: 65; ALI 2: 7.

<sup>4431</sup> vgl.: ALI 1: 64.

<sup>4432</sup> ALI 5: 33.

das Verhältnis<sup>4433</sup>. Auf Gefahren hinweisend, betont sie: Mit der Dauer der Arbeitsbeziehung verbessere sich das Verhältnis jedoch nicht nur, sondern es werde auch „unheimlich belastend“<sup>4434</sup>. Sie verdeutlicht: Funktional spezifische Arbeitsbeziehungen drohen in diffuse Sozialbeziehungen abzugleiten. Schlagen funktional spezifische Arbeitsbeziehungen in diffuse Sozialbeziehungen um, drohen Wünsche nach Hilfe auszuufern<sup>4435</sup>.

Die Arbeit in der ambulanten Pflege ist nach Darstellung der Pflegekraft nicht nur mit der Belastung verbunden, **keine Erfolgsgarantie** zu haben, sondern auch mit der Belastung verknüpft, unter Umständen **keine Erfolgserlebnisse** verbuchen zu können. Die Pflegekraft weiß: Es gibt keine Garantie dafür, dass sich Krankheitsverläufe wunschgemäß beeinflussen lassen. Der gesundheitliche Zustand eines Patienten kann sich als wechselhaft erweisen. Dessen Krankheit ist nicht immer beherrschbar. Bemühungen, dessen Krankheit zu beherrschen<sup>4436</sup>, können erfolglos verlaufen<sup>4437</sup>. Die Pflegekraft weiß ferner: Es gibt auch keine Gewähr dafür, dass sich Privatpersonen beeinflussen lassen, wunschgemäß Unterstützung zu leisten. Versuche, auf Angehörige im Rahmen der **Förderung familiärer Selbsthilfe** Einfluss zu nehmen, können ebenso erfolglos bleiben<sup>4438</sup> wie Versuche, auf Angehörige im Rahmen der **Förderung individueller Selbsthilfe** Einfluss zu nehmen.

- Sie berichtet erstens: Ihren Bemühungen, pflegende Angehörige anzuregen, Familienmitglieder zu engagieren, die sie im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege ablösen, sei wenig Erfolg beschieden. Sie erklärt: Die **Erfolglosigkeit** von Versuchen, das familiäre Netzwerk zu mobilisieren, die familiäre Pflegeperson „ein bisschen abzulösen“<sup>4439</sup>, liege in den vertraglichen Regelungen von Erbschaft und familiärer Pflegepflicht begründet. In der Regel werde die Erbschaftsregelung mit der Regelung der familiären Pflegepflicht verknüpft. Die Erbschaftsregelung begründe die Ansprüche der Erblasser und der Miterben: Es sei die Pflicht der Erben von „Haus“<sup>4440</sup> und „Land“<sup>4441</sup>, die häusliche Pflege sicherzustellen. Unter Berufung auf die Erbschaftsregelung

---

<sup>4433</sup> vgl.: ALI 6 A1: 10.

<sup>4434</sup> ebd.: 10.

<sup>4435</sup> vgl.: ebd.: 10.

<sup>4436</sup> vgl.: ALI 4: 41.

<sup>4437</sup> vgl.: ebd.: 41f.

<sup>4438</sup> vgl.: ALI 3: 75; ALI 4: 5.

<sup>4439</sup> ALI 1: 3.

<sup>4440</sup> ALI 3: 49.

<sup>4441</sup> ebd.: 50.

erklären die Miterben: Sie seien zwar bereit gelegentlich Besuche abzustatten. Aber sie seien nicht bereit, sich an der häuslichen Pflege zu beteiligen<sup>4442</sup>.

- Sie berichtet zweitens: Ihren Bemühungen, pflegende Angehörige zur Teilnahme an einer Angehörigengruppe zu bewegen, sei kein Erfolg beschieden. „Es regt sich nichts“<sup>4443</sup>. Sie bietet eine Erklärung für die **Erfolglosigkeit** ihres Bemühens an, Angehörige zu motivieren, an einer Angehörigengruppe teilzunehmen. Sie verweist auf objektive und subjektive Barrieren, die einer Teilnahme entgegenstehen. Sie ist der Auffassung: Pflegenden Angehörigen fehlen Möglichkeiten, sich im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege für die Dauer einer Teilnahme an der Angehörigengruppe vertreten zu lassen<sup>4444</sup> und sie „sind ängstlich“<sup>4445</sup>. Sie haben nicht nur Angst vor Zwischenfällen in einer Situation, in der die häusliche Pflege mangels Vertretung nicht gewährleistet ist<sup>4446</sup>, sondern haben auch Angst, nicht der eigenen Familie angehörenden Personen die eigene Familiengeschichte zu erzählen<sup>4447</sup>.

Nach Darstellung der Pflegekraft sind auch ihre Versuche, auf Gemeindemitglieder im Rahmen der **Förderung freiwilliger Hilfe** Einfluss zu nehmen, von Erfolglosigkeit gekennzeichnet. Nach Auskunft der Pflegekraft sind erstens ihre Bemühungen **erfolglos** verlaufen, Besuchsdienste von Senioren für Senioren ins Leben zu rufen. Die Pflegekraft hat nach eigenen Angaben vergeblich versucht, Mitglieder des Altenclubs zu gewinnen, Besuchsdienste bei Senioren zu übernehmen, die zu den Klienten des gemeindlichen Pflegedienstes zählen und einen Bedarf an sozialer Betreuung aufweisen, der sich nicht allein durch Besuchsdienste decken lässt, die sie selber absolviert<sup>4448</sup>. Wie erklärt sie sich die Erfolglosigkeit jener Bemühungen? Sie vertritt die Auffassung: Die Mitglieder des Altenclubs, die jene Besuchsdienste leisten könnten<sup>4449</sup>, „sind mobil“<sup>4450</sup> und „rüstig“<sup>4451</sup>. Sie haben jedoch Angst, im Kontakt mit gebrechlichen Senioren jene Gebrechlichkeit zu erleben, von der sie selber in naher Zukunft gezeichnet sein könnten, und weichen einem Kontakt aus<sup>4452</sup>. Nach Ansicht der Pflegekraft fehlt es jenen Senioren, die Besuchsdienste leisten könnten, an der Bereitschaft, Besuchsdienste zu

---

<sup>4442</sup> vgl.: ebd.: 49.

<sup>4443</sup> ALI 1: 4.

<sup>4444</sup> vgl.: ALI 1: 3; ALI 3: 32.

<sup>4445</sup> ALI 1: 4.

<sup>4446</sup> vgl.: ALI 3: 32.

<sup>4447</sup> vgl.: ALI 1: 4.

<sup>4448</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>4449</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>4450</sup> ALI 1: 17; ALI 5: 28.

<sup>4451</sup> ALI 2: 29; ALI 4: 51.

<sup>4452</sup> vgl.: ALI 5: 29.

übernehmen<sup>4453</sup>. Sie findet kein Wort des Verständnisses für die ihrer Ansicht nach fehlende Bereitschaft zu freiwilligem Engagement, obgleich sie weiß, dass die Vorstellung von drohender eigener Gebrechlichkeit im Rahmen eines Besuchsdienstes Gestalt annehmen und Gefühle von Belastung erzeugen kann<sup>4454</sup>. Sie deutet die wahrgenommene Weigerung, Besuchsdienste zu versehen<sup>4455</sup>, auch als Weigerung, sie zu unterstützen. Sie erklärt: Sie unterstelle, jene Senioren verlangen, dass sie sie unterstütze, indem sie den Fahrdienst zum Seniorennachmittag übernehme, weigern sich jedoch, selber Unterstützung zu leisten<sup>4456</sup>. Nach Angaben der Pflegekraft sind zweitens ihre Bemühungen **erfolglos** verlaufen, Mitglieder des kirchlichen Besuchskreises zu gewinnen, jenen Senioren Besuche abzustatten, die zu den Klienten des gemeindlichen Pflegedienstes zählen und einen Bedarf an sozialer Betreuung aufweisen, den sie allein nicht zu decken vermag<sup>4457</sup>. Welche Erklärung hat sie für die Erfolglosigkeit jener Bemühungen?

- Sie erklärt: Die Mitglieder des kirchlichen Besuchskreises leisten irgendwann einmal einen Besuchsdienst. Voraussetzung ist: Sie haben zeitliche Ressourcen, sich auf freiwilliger Basis zu engagieren, und sie haben die Bereitschaft, zeitliche Ressourcen in ein freiwilliges Engagement zu investieren<sup>4458</sup>.
- Sie erklärt ferner: Es sei kein Verlass darauf, dass die Mitglieder des kirchlichen Besuchskreises sich während ihrer Freizeit auf freiwilliger Basis engagieren<sup>4459</sup>. Sie habe im Verlaufe der Zeit den Eindruck gewonnen, freiwillige Arbeit werde ungerne geleistet<sup>4460</sup>.

Sie ist der Ansicht: Den Mitgliedern des kirchlichen Besuchsdienstes mangelt es an der Bereitschaft zu freiwilligem Engagement. Für die ihrer Ansicht nach mangelnde Bereitschaft, sich auf freiwilliger Basis zu engagieren, findet sie kein Wort des Verständnisses. Es fehlen Worte des Verständnisses, obwohl sie weiß: Es sind Frauen, die dem kirchlichen Besuchskreis angehören und durch jenen Beitritt die grundsätzliche Bereitschaft erklärt haben, auf freiwilliger Basis Senioren betreuen, die nicht der eigenen Familie angehören. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, dass jene Frauen die

---

<sup>4453</sup> vgl.: ALI 1: 17.

<sup>4454</sup> vgl.: ALI 5: 29.

<sup>4455</sup> vgl.: ALI 1: 17.

<sup>4456</sup> vgl.: ALI 4: 51.

<sup>4457</sup> vgl.: ALI 5: 28; ALI 6 A1: 49.

<sup>4458</sup> vgl.: ALI 6 A1: 49.

<sup>4459</sup> vgl.: ebd.: A1: 49.

<sup>4460</sup> vgl.: ebd.: A1: 50.

Beteiligung an der sozialen Betreuung abbauen oder beenden, wenn sie sich gefordert sehen, ein Mitglied der eigenen Familie zu pflegen<sup>4461</sup>. Sie deutet die wahrgenommene mangelnde Bereitschaft der Mitglieder des kirchlichen Besuchskreises, sich auf freiwilliger Basis zu engagieren, auch als mangelnde Bereitschaft, sie zu unterstützen<sup>4462</sup>. **Erfolglos** ist nach Angaben der Pflegekraft auch der Versuch geblieben, Mitglieder einer lokalen Wohlfahrtsorganisation zu aktivieren, auf freiwilliger Basis Hilfen im Haushalt zu übernehmen. Sich die Erfolglosigkeit jenes Bemühens erklärend, verweist sie auf objektive und subjektive Barrieren, die einem freiwilligen Engagement entgegenstehen. Freiwillige Helfer gehen nach Darstellung der Pflegekraft beruflichen Verpflichtungen nach<sup>4463</sup>. Nach Aussage der Pflegekraft fehlt es an der Bereitschaft, auf freiwilliger Basis Haushaltshilfe zu leisten<sup>4464</sup>.

Belastend ist nach Darstellung der Pflegekraft unter Umständen die **Arbeit mit Angehörigen**<sup>4465</sup>. Sie betont: Die Arbeit mit Angehörigen sei unter Umständen „ein bisschen problematisch“<sup>4466</sup> und „ein bisschen schwierig“<sup>4467</sup>. Bei dem Versuch, sich mit Angehörigen der zu pflegenden Personen zu arrangieren<sup>4468</sup>, habe sie keine Gewähr dafür, dass Angehörige sich beeinflussen lassen, dass sie angebotene Erklärungen verstehen, angebotene Ratschläge beherzigen und sich regelgemäß an der Produktion häuslicher Pflegeleistungen beteiligen<sup>4469</sup>. Angehörige seien keine gelernten Pflegekräfte<sup>4470</sup>. Belastend ist nach Angaben der Pflegekraft unter Umständen allerdings auch die **Arbeit ohne Angehörige**<sup>4471</sup>. Sie erklärt: Wenn Senioren alleine leben, dann lasse sich ein Arbeitseinsatz schlecht beenden<sup>4472</sup>. Es sei zu befürchten, sie bei einem der nächsten Arbeitseinsätze hilflos, wenn nicht gar tot „in der Ecke liegend vorzufinden“<sup>4473</sup>.

Sowohl die Arbeit ohne Angehörige als auch die Arbeit mit Angehörigen ist nach Darstellung der Pflegekraft unter Umständen allerdings auch entlastend. Sie verdeutlicht: Angehörige können einen Beitrag zur Entlastung der Pflegekräfte leisten, indem sie ihnen Hilfestellung leisten<sup>4474</sup>. Angehörige können unter Umständen jedoch auch durch

---

<sup>4461</sup> vgl.: ALI 5: 27.

<sup>4462</sup> vgl.: ALI 2: 29.

<sup>4463</sup> vgl.: ALI 1: 26.

<sup>4464</sup> ALI 5: 17.

<sup>4465</sup> vgl.: ALI 4: 59f.

<sup>4466</sup> ebd.: 59.

<sup>4467</sup> ebd.: 60.

<sup>4468</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>4469</sup> vgl.: ebd.: 59f.

<sup>4470</sup> vgl.: ebd.: 59.

<sup>4471</sup> vgl.: ALI 5: 27f; ALI 6 A1: 49f.

<sup>4472</sup> vgl.: ALI 6 A1: 50.

<sup>4473</sup> ALI 5: 28.

<sup>4474</sup> vgl.: ALI 2: 10f; ALI 3: 75.



zur Entlastung der Pflegekräfte beitragen, indem sie ihnen keine Hilfestellung leisten<sup>4475</sup>. Sie verdeutlicht ferner, dass nicht nur Angehörige durch Übernahme informeller Pflegeleistungen einen Beitrag zur **Entlastung der Pflegekräfte** leisten können<sup>4476</sup>, sondern dass umgekehrt auch Pflegekräfte durch Erbringung formeller Pflegeleistungen zur **Entlastung von Angehörigen** beitragen können<sup>4477</sup>. Sie macht zudem deutlich: Eine Schwächung informeller Pflege, die sich als Folge formeller Pflege auslegen ließe, wäre als Handlungsfolge nicht erwünscht, sondern unerwünscht.<sup>4478</sup>

## V Die Untersuchungsergebnisse: Zusammenfassung, Diskussion und Schlussbetrachtung

### 1. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

Die ausgewählte Pflegekraft hat sowohl im Rahmen episodenzugehöriger Leitfadengespräche (Kapitel III), als auch im Rahmen allgemeiner Leitfadengespräche (Kapitel IV) Einblick in ihre berufliche Erfahrungswelt geboten. Die zuvor separat dargestellten Untersuchungsergebnisse werden im Folgenden auf Basis einer vergleichenden Betrachtung zusammengefasst. Die eingebauten Fußnoten stellen vornehmlich Verbindungen zwischen vergleichender Zusammenfassung und separater Darstellung der Untersuchungsergebnisse her: Sie haben Belegfunktion und sollen die kritische Prüfung der vergleichenden Zusammenfassung erleichtern.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie stehen **Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege**. Beleuchtet wurden die beruflichen Erfahrungen einer Pflegekraft, die Arbeit in häuslichen Pflegearrangements leistet. Es ließen sich von Seiten der Pflegekraft wahrgenommene **Handlungsbedingungen**, gewählte **Handlungsziele**, eingesetzte und verworfene **Handlungsstrategien** sowie wahrgenommene **Handlungsfolgen** aufdecken. Zwar kann der Anspruch erhoben werden, die berufliche Erfahrungswelt einer in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekraft in relevanten Dimensionen erfasst zu haben, nicht aber der Anspruch, jene Erfahrungswelt erschöpfend behandelt zu haben. Beispielsweise wurde weder den Gefühlen der Pflegekraft, noch der von ihr geleisteten Arbeit an jenen Gefühlen systematisch nachgegangen.

---

<sup>4475</sup> vgl.: ALI 2: 9.

<sup>4476</sup> vgl.: ALI 2: 9; ALI 3: 75.

<sup>4477</sup> vgl.: ALI 2: 10.

<sup>4478</sup> vgl.: ALI 1: 62.

Eingangs wurde dargelegt: Der Aufbau eines Unterstützungsnetzwerks, das in häuslichen Kontexten sowohl informelle Unterstützungsleistungen von Angehörigen als auch formelle Unterstützungsleistungen von Pflegekräften bietet, gilt in der wissenschaftlichen Debatte um die Zukunft der Pflege als Gestaltungsaufgabe, die mit der Hoffnung verbunden ist, häusliche Pflegearrangements optimieren zu können<sup>4479</sup>. Die vorliegende Studie zeigt allerdings: Der Aufbau eines Unterstützungsnetzwerks, das sich durch die Kopplung von formellen und informellen Unterstützungsleistungen auszeichnet, stellt eine an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Pflegehaushalt zu bewerkstelligende Gestaltungsaufgabe dar, deren erfolgreiche Erledigung voraussetzungsvoll ist und sich nicht garantieren lässt.

Die an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Privathaushalten agierende Pflegekraft bewegt sich in einem Handlungsfeld, das von **Komplexität** und **Kontingenz** gekennzeichnet ist. Im Sinne einer Optimierung häuslicher Pflegearrangements soll sie etwa Zustände von pflegebedürftigen Personen bearbeiten, hat aber keine Gewähr dafür, dass sich deren Zustände wunschgemäß beeinflussen lassen. Im Sinne einer Optimierung häuslicher Pflegearrangements soll sie auch auf Angehörige pflegebedürftiger Personen einwirken, sich fortgesetzt und regelmäßig an der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen: durch Mitwirkung an der Organisation häuslicher Pflegeprozesse und/oder durch Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen. Sie hat aber keine Gewähr dafür, auf deren Handlungen wunschgemäß Einfluss nehmen zu können. Der Aufbau eines Unterstützungsnetzwerkes, in dem informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen mit formellen Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals verwoben sind, wird aus Sicht der Pflegekraft zum Bezugspunkt ihrer Bemühungen um Koordination und Kooperation mit Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen. Sie kann im Verhältnis zu Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen nicht auf Koordination per Anweisung setzen. Sie hat ihnen gegenüber keine Weisungsbefugnis. Im Verhältnis zu Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen ist vielmehr Koordination per Verhandlung angezeigt: Koordination durch Besprechung.<sup>4480</sup> Zu klären ist: Wie ist die Situation einstweilen zu deuten und zu bearbeiten? Die Pflegekraft ist gefordert, sich um den Abschluss von Vereinbarungen zu bemühen: Sie ist gehalten, Entscheidungen über den Einsatz von Organisationsressourcen auf der Basis von Bedarfsprüfungen zu fällen, in deren Verlauf sie auch Kommunikationsleistungen von Angehörigen sammelt und

---

<sup>4479</sup> siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4480</sup> Grunow (1992: 213) unterscheidet allgemein zwischen „Koordination durch Anweisung“ und „Koordination durch Verhandlung“. Evers/Olk (1995a: 31ff) ebenso wie Büscher (2007) behandeln die Verhandlung als Koordinationsstrategie, die in der Interaktion zwischen Pflegekräften und Angehörigen in häuslichen Pflegearrangements zur Anwendung gelangt

auswertet. Es gilt, auch durch Kommunikation mit Angehörigen zu erkunden: Inwieweit kann und will die zu pflegende Person, Alltag und Krankheit selbständig bewältigen? Inwieweit können und wollen Angehörige Pflege leisten? Sie ist ferner gehalten, Angehörigen Entscheidungen über den Einsatz von Organisationsressourcen kommunikativ so zu vermitteln, dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit deren Einwilligung erzielen lässt. Mit Blick auf den Einsatz von Netzressourcen ist die Pflegekraft gefordert, Angehörigen ihre Ansprüche an deren Engagement im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege kommunikativ so zu vermitteln, dass sie sich mit hoher Wahrscheinlichkeit wunschgemäß an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses und/oder an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligen. Arbeitet die Pflegekraft im Einzelfall an einem Abschluss von Vereinbarungen, arbeitet sie an der Konstruktion von fallspezifischen **Regeln zur Situationsbearbeitung**, die einstweilen gelten sollen. Sie rekurriert nach Möglichkeit auf Regeln, die sich aus ihrer Sicht bei der Arbeit in anderen Fällen bewährt haben. Die Entwicklung eines fallspezifischen Regelwerks trägt zur einstweiligen Konsolidierung von Situationsbearbeitungsprozessen bei. Ein fallspezifisches Regelwerk, das handlungswirksam ist, kann **handlungserleichternd** wirken.<sup>4481</sup> Um die Chancen zu erhöhen, in Prozessen der Sicherstellung der häuslichen Pflege, mit Angehörigen an einem Strick ziehen zu können<sup>4482</sup>, ist die Pflegekraft gefordert, sich zu bemühen, Arbeitsverhältnisse zu schaffen, die auf Absprachen beruhen, die einstweilen Gültigkeit besitzen: Die Pflegekraft muss im Einzelfall um die Aufgaben wissen, die ihr im Rahmen der Sicherung eines häuslichen Pflegearrangements zufallen, und die Angehörigen müssen sich im Einzelfall darauf verlassen können, dass die Pflegekraft die von ihr übernommenen Aufgaben erledigt. Umgekehrt müssen die Angehörigen die Aufgaben kennen, die ihnen im Rahmen der Sicherung des häuslichen Pflegearrangements zugedacht sind, und die Pflegekraft muss darauf setzen können, dass auch die Angehörigen die ihnen anvertrauten Aufgaben erfüllen. Eine Garantie dafür, dass Bemühungen der Pflegekraft, tragfähige Arbeitsverhältnisse zu schaffen, von Erfolg gekrönt sind, gibt es allerdings nicht. Koordinations- und Kooperationsprobleme gehören vermutlich ebenso zum Alltag in der ambulanten Pflege wie das Bemühen um ihre Vermeidung und Bearbeitung.

---

<sup>4481</sup> Der Arbeit von Schimank (2006) lassen sich allgemeine Ausführungen zu dem an dieser Stelle mit Bezug auf ein besonderes Handlungsfeld skizzierten Thema entnehmen: der Bildung von „Erwartungsstrukturen“ (Schimank 2006: 176, i.O. kursiv) und der Herstellung von „Erwartungssicherheit“ (Schimank 2006: 280).

<sup>4482</sup> vgl.: EPI 2: 51.

## 1.1 Die Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsbedingungen in vergleichender Zusammenschau

### 1.1.1. Bedürfnisse und Bedarf

Die in Pflegehaushalten anzutreffenden **Bedürfniskonstellationen** sind **komplex**. Existenz und Wahrnehmbarkeit familialer Netzwerke vorausgesetzt, sind heterogene Bedürfnisse nicht nur auf Seiten der zu pflegenden Personen, sondern auch auf Seiten der (pflegenden) Angehörigen in Rechnung zu stellen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft weiß um die Komplexität der in Pflegehaushalten anzutreffenden Bedürfniskonstellationen. In Pflegehaushalten arbeitend, trifft sie auf die Heterogenität der **Bedürfnisse** sowohl auf Seiten der zu pflegenden Personen, als auch auf Seiten der (pflegenden) Angehörigen. Aus Sicht der Pflegekraft lässt sich bei der Arbeit in Pflegehaushalten unterstellen: **Zu pflegende Personen** haben ein Bedürfnis nach körperlicher Hygiene und Schmerzfreiheit sowie ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext. Körperliche Erkrankungen und körperliche Behinderungen signalisieren ein verletztes Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit. Zu pflegende Personen haben ferner ein Bedürfnis nach sozialer Bindung: sei es ein Bedürfnis nach Liebe<sup>4483</sup>, sei es ein Bedürfnis nach Gesellschaft<sup>4484</sup> und Geselligkeit<sup>4485</sup>. Jenes Bedürfnis nach sozialer Bindung bleibt unter Umständen in den familiären Beziehungen zu Angehörigen unbefriedigt<sup>4486</sup>. Aus Sicht der Pflegekraft lässt sich bei der Arbeit in Pflegehaushalten ferner unterstellen: Auch **(pflegende) Angehörige** haben ein Bedürfnis nach sozialer Bindung. Angesichts der Anforderungen häuslicher Pflege bleibt deren Bedürfnis nach Sozialkontakt möglicherweise unbefriedigt<sup>4487</sup>. Unter Umständen schlägt sich deren Bedürfnis nach sozialer Bindung in der Beziehung zu der pflegebedürftigen Person nieder<sup>4488</sup>. Auch (pflegende) Angehörige lassen unter Umständen ein Bedürfnis nach Sicherheit im häuslichen Pflegekontext erkennen<sup>4489</sup>. Sie

---

<sup>4483</sup> vgl.: EPI 5: 36, EPI 6.2: 6, ALI 5: 34.

<sup>4484</sup> vgl.: EPI 4.2: 20, EPI 5: 28, EPI 6 A1: 66.

<sup>4485</sup> vgl.: ALI 5: 12.

<sup>4486</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4487</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit); EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4488</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4489</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

haben „Angst“<sup>4490</sup>, den Anforderungen häuslicher Pflege nicht gewachsen zu sein. Pflegenden Angehörigen ist unter Umständen ein unbefriedigtes Bedürfnis nach sozialer Anerkennung für das Engagement in der häuslichen Pflege zu unterstellen<sup>4491</sup>. Nicht nur pflegende Angehörige<sup>4492</sup>, sondern auch berufstätige Angehörige<sup>4493</sup> haben ein Bedürfnis nach Erholung.

Die **Entwicklung von Bedürfnissen** ist von **Ungewissheit** gekennzeichnet: Lebensumstände können sich jederzeit so verändern, dass die Befriedigung diverser Bedürfnisse diverser Familienmitglieder gefährdet ist. Sind Bedürfnisse etwa in Folge von Erkrankungen, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit, sozialer Isolation und Einsamkeit unbefriedigt, kann jederzeit ein Wunsch nach formeller Pflege aufkommen, der für die Pflegekraft latent bleibt oder als Bitte um formelle Pflege manifest wird. Die diversen Familienmitglieder können, müssen sich aber hinsichtlich der Bitte um formelle Pflege nicht einig sein: Eine seitens der Angehörigen artikulierte Bitte um formelle Pflege verweist auf den Wunsch der (pflegenden) Angehörigen, an der Person des älteren Familienmitgliedes formelle Pflege verrichten zu lassen. Sie kann, muss aber nicht den Wunsch des älteren Familienmitgliedes reflektieren, an der eigenen Person formelle Pflege durchführen zu lassen. Angehörige artikulieren den Wunsch nach formeller Pflege unter Umständen, ohne durch die zu pflegende Person autorisiert worden zu sein<sup>4494</sup>. Die Bitte um formelle Pflege kann von der Hoffnung diverser Familienmitglieder getragen sein, die Pflegekraft möge diverse Bedürfnisse befriedigen (helfen). Ein auf Seiten der zu pflegenden Person bestehender Wunsch nach formeller Pflege kann nicht nur auf dem Bedürfnis nach körperlicher Hygiene, sondern auch auf einem Bedürfnis nach sozialer Bindung basieren. Ein auf Seiten (pflegender) Angehöriger vorhandener Wunsch nach formeller Pflege kann auf einem sich in der Beziehung zu der zu pflegenden Person niederschlagendes Bedürfnis nach sozialer Bindung beruhen. Er kann aber auch auf einem Bedürfnis nach Sicherheit, auf einem Bedürfnis nach Erholung von häuslicher Pflege und Berufsarbeit sowie auf einem Bedürfnis nach Selbstverwirklichung jenseits des häuslichen Wirkungskreises basieren. Weder die zu pflegenden Personen, noch die (pflegenden) Angehörigen haben eine Garantie dafür, dass sich ihre Bedürfnisse durch die Pflegekraft befriedigen lassen. Die Pflegekraft ist nicht verpflichtet, deren Bedürfnisse zu befriedigen und deren Wünsche nach formeller Pflege zu erfüllen. Sie hat vielmehr

---

<sup>4490</sup> ALI 2: 11, ALI 5: 24, ALI 6 A1: 9.

<sup>4491</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4492</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4493</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4494</sup> siehe: EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

die Verpflichtung, im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten Bedarf an formeller Pflege zu decken. Sowohl Bedürfnisse auf Seiten der zu pflegenden Personen als auch Bedürfnisse auf Seiten der (pflegenden) Angehörigen können den Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten auf Seiten des Pflegepersonals jederzeit sprengen und können in den Arbeitsprozessen des Pflegepersonals jederzeit Störpotential entwickeln<sup>4495</sup>.

Die in Pflegehaushalten anzutreffenden **Bedarfskonstellationen** sind nicht minder **komplex**. Im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege ist Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln (Rollstuhl, Krankenhausbett) und Bedarf an persönlicher Hilfestellung in Rechnung zu stellen. Besteht Bedarf an persönlicher Hilfestellung, ist zwischen Bedarf an informeller Hilfe und Bedarf an formeller Hilfe zu differenzieren. Bedarf an formeller Unterstützung kann im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege nicht nur Bedarf an formeller Pflege, sondern auch Bedarf an formeller Pflegeberatung, Bedarf an medizinischer Behandlung, Bedarf an psychologischer Behandlung und Bedarf an formeller Sozialbetreuung bedeuten. Existenz und Wahrnehmbarkeit familialer Netzwerke vorausgesetzt, ist zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege Unterstützungsbedarf nicht nur auf Seiten der älteren Person, sondern auch auf Seiten der Angehörigen in Betracht zu ziehen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft weiß um die Komplexität der in Pflegehaushalten bestehenden Bedarfskonstellationen. Nach Darstellung der Pflegekraft variiert die **Art** des Unterstützungsbedarfs zwischen den Pflegehaushalten, in denen sie Pflege leistet. Sie nimmt eigenem Bekunden nach Bedarf an technischen Pflegehilfsmitteln und Bedarf an persönlicher Hilfestellung im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege wahr. Aus Sicht der Pflegekraft lässt sich unterstellen: Auf Seiten der **Senioren** besteht Bedarf an Pflege<sup>4496</sup>, unter Umständen auch Bedarf an Beratung<sup>4497</sup>, Bedarf an medizinischer Behandlung<sup>4498</sup> und Bedarf an sozialer Betreuung<sup>4499</sup>. Der Bedarf an Pflege zeichnet sich teils durch die Nähe zu alltäglichen Handlungsvollzügen (Körperpflege), teils durch die Nähe zu medizinischen Handlungsvollzügen (Insulininjektionen, Dekubitusbehandlung) aus. Aus

---

<sup>4495</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4496</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); Kapitel EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4497</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4498</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4499</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Sicht der Pflegekraft lässt sich ferner unterstellen: **Angehörige**, die Pflege leisten<sup>4500</sup>, und Angehörige, die einer Berufstätigkeit nachgehen<sup>4501</sup>, benötigen Erholung. Es ist angezeigt, sie durch Übernahme von Pflegeleistungen zu unterstützen. Sie brauchen befristete Auszeiten: einerseits von der Pflege, andererseits von der Berufsarbeit. Unter Umständen bedürfen Angehörige im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege auch der Pflegeberatung<sup>4502</sup> und der psychosozialen Betreuung<sup>4503</sup>. Nach Angaben der Pflegekraft variiert auch das **Ausmaß** des Unterstützungsbedarfs zwischen den Pflegehaushalten, in denen sie Pflegeleistungen erbringt. Sie unterscheidet zwischen Fällen mit geringerem Pflegebedarf<sup>4504</sup> und Fällen mit höherem Pflegebedarf<sup>4505</sup>. Badefälle<sup>4506</sup> sind beispielsweise Fälle mit geringerem Pflegebedarf. Pflegefälle und Sterbefälle sind hingegen Fälle mit höherem Pflegebedarf<sup>4507</sup>. Sie nimmt nach eigener Aussage Fälle wahr, in denen extrem hoher Pflegebedarf auf Seiten des älteren Familienmitgliedes mit extrem hoher Belastung auf Seiten der pflegenden Angehörigen verknüpft ist<sup>4508</sup>. Sie unterscheidet zwischen Patienten, die sie als (möglicherweise) mobilisierbar einschätzt, und Patienten, die sie als nicht mehr mobilisierbar einstuft. Mobilisierbare Patienten lassen auf (Phasen) sinkenden Pflegebedarfs hoffen. Nicht-mobilisierbare Patienten lassen (Phasen) steigenden Pflegebedarfs befürchten. Sie unterscheidet ferner zwischen Fällen mit geringerem Bedarf an Pflegeberatung und Fällen mit höherem Bedarf an Pflegeberatung.

Die **Entwicklung des Bedarfs** an (formeller) Pflege ist von **Ungewissheit** geprägt. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft weiß um die Unwägbarkeit der Bedarfsentwicklung in jedem **Einzelfall**. Sie ist sich bewusst: Die Bedarfsentwicklung ist eine prinzipiell unbekannte und nicht fehlerfrei prognostizierbare Größe. Eine Phase geringeren

<sup>4500</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4501</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4502</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4503</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4504</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4505</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4506</sup> siehe: EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4507</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4508</sup> vgl.: EPI 1 A1: 26, EPI 2.2: 9.

Pflegebedarfs kann jederzeit in eine Phase höheren Pflegebedarfs umschlagen<sup>4509</sup>. Konflikthafte Familienbeziehungen können sich im Falle eines sich entwickelnden Pflegebedarfs als nicht belastbar erweisen. Angehörige können jederzeit als Hilfskräfte ausfallen und können sich jederzeit als ungeeignete Hilfskräfte erweisen. Zu unterstellen ist auch: Die Pflegekraft weiß um die Ungewissheit der Bedarfsentwicklung im **Bestand der Fälle**. Sie ist sich bewusst: Der Fallbestand kann jederzeit zahlenmäßigen Schwankungen unterliegen und strukturelle Verschiebungen erfahren<sup>4510</sup>.

### 1.1.2. Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements

Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege auf familiales Engagement stützen zu können, sind nach Darstellung der Pflegekraft begrenzt. Senioren, die sie pflegen soll, haben möglicherweise **keine nahen Angehörigen**: Sie trifft nach eigener Aussage auf Senioren, die weder Partner noch Kinder haben<sup>4511</sup>. **Fraglich** ist: Haben sie entfernte Angehörige, die informelle Pflege leisten können und wollen? Möglicherweise aber haben Senioren, die sie pflegen soll, auch **nahe Angehörige**: Sie begegnet nach eigenen Angaben Senioren, die Partner und Kindern haben<sup>4512</sup>. Sie trifft nach eigener Auskunft auch auf Senioren, die zwar keinen Partner, aber Kindern haben<sup>4513</sup>. **Fraglich** bleibt: Können und wollen nahe Angehörige informelle Pflege leisten? Gefordert, Senioren in häuslichen Kontexten berufsmäßig zu pflegen, macht die Pflegekraft nach eigenem Bekunden die Erfahrung: Angehörige, seien es nahe Angehörige, seien es entfernte Angehörige, sind im Regelfall an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligt<sup>4514</sup>. Sie erlebt nach eigener Darstellung Angehörige, die versuchen, ihre Beteiligung an der Sicherstellung der häuslichen Pflege weitestgehend auf die Mitwirkung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses zu beschränken<sup>4515</sup>. Sie begegnet nach eigener Darstellung jedoch auch Angehörigen, die sich nicht nur durch Mitwirkung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sondern auch durch Übernahme informeller

---

<sup>4509</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4510</sup> siehe: ebd.

<sup>4511</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4512</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4513</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4514</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4515</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).



Pflegeleistungen an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen<sup>4516</sup>. Anzunehmen ist: Sie trifft sowohl auf Angehörige, die sich in hohem Maße an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligen<sup>4517</sup>, als auch auf Angehörige, deren Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen bestenfalls auf ein Minimum beschränkt bleibt<sup>4518</sup>. Die Pflegekraft kann nicht voraussetzen, dass sie in häuslichen Pflegearrangements Angehörigen begegnet, die Pflege leisten können und wollen. Angehörige sind keine Garantie für informelle Pflege. Eine Garantie dafür, dass pflegende Angehörige durch ihr familiales Netzwerk unterstützt werden, gibt es auch nicht. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft trifft in häuslichen Pflegearrangements nicht nur auf familiäre Pflegepersonen, die informelle Unterstützung durch Familienmitglieder erhalten<sup>4519</sup>, sondern auch auf familiäre Pflegepersonen, denen keine informelle Unterstützung durch Familienmitglieder zuteil wird<sup>4520</sup>. Ebenso wenig gibt es eine Gewähr dafür, dass familiales Engagement frei von **Qualitätsmängeln** ist. Die Pflegekraft sieht unter Umständen keine Veranlassung das Engagement von Angehörigen zu beanstanden<sup>4521</sup>. Unter Umständen sieht sie sich jedoch veranlasst, das familiale Engagement zu beanstanden<sup>4522</sup>.

Angehörige, denen die Pflegekraft in häuslichen Pflegearrangements begegnet, können diversen **Belastungen** ausgesetzt sein. Möglicherweise sind Angehörige selber von körperlichen Erkrankungen, Behinderungen und Beschwerden betroffen<sup>4523</sup>. Sie gehen möglicherweise beruflichen Verpflichtungen nach<sup>4524</sup>. Sie haben möglicherweise auch private Verpflichtungen übernommen: Sie verrichten die Hausarbeit<sup>4525</sup> und versehen die Kindererziehung<sup>4526</sup>. Sie tragen die Hauptlast der häuslichen Pflege<sup>4527</sup>. Möglich ist:

<sup>4516</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4517</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4518</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4519</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4520</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4521</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4522</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4523</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4524</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4525</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4526</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4527</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

Konfliktträchtige Familienbeziehungen tragen zu ihrer Belastung bei<sup>4528</sup>. Die Pflegekraft kann weder die Belastbarkeit von Angehörigen, noch die Belastbarkeit von Familienbeziehungen als Selbstverständlichkeit voraussetzen. Sie kann nicht davon ausgehen, in jedem Fall ein aus ihrer Sicht gutes Familienverhältnis vorfinden zu können<sup>4529</sup>. Sie begegnet möglicherweise Angehörigen, denen sie unterstellt: Sie haben kein gutes Verhältnis zu dem zu pflegenden Familienmitglied<sup>4530</sup>. Lässt die Qualität jener familiären Beziehung zu wünschen übrig, ist zweifelhaft, ob die Familienbeziehung belastbar ist. Ein gutes Familienverhältnis ist aus Sicht der Pflegekraft belastbarer: Es ist den mit informeller Pflege verbundenen Belastungen nach Ansicht der Pflegekraft am ehesten gewachsen.<sup>4531</sup> Nicht auszuschließen ist: Angehörige sind Lebensverhältnissen ausgesetzt, in denen Belastungen kumulieren. Belastungen von Angehörigen sind in ihren Folgen ungewiss. Sie können das familiäre Engagement begrenzen. Möglich ist: Angehörige stehen angesichts der Belastungen, denen sie sich ausgesetzt sehen, nicht zur Verfügung, um Pflege zu leisten. Im Pflegefall droht die **Vakanz der familialen Pflegerolle**. Möglich ist auch: Angehörige, die informelle Pflege leisten, fühlen sich in einem Maße belastet, dass sie die Bereitschaft, fortgesetzt informelle Pflege zu leisten, aufkündigen<sup>4532</sup>. Ein **Abbruch informeller Pflege** ist jederzeit möglich. Wenn Angehörige die informelle Pflege abbrechen, dann ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege möglicherweise gefährdet. Möglich ist ferner: Pflegende Angehörige sind belastet, kündigen die Bereitschaft, informelle Pflege zu leisten, aber trotz der Belastungen nicht auf, können jedoch jederzeit zumindest vorübergehend als Pflegeperson ausfallen<sup>4533</sup>. Auch ein **Ausfall der familiären Pflegeperson** könnte die Sicherstellung der häuslichen Pflege gefährden.

### 1.1.3. Möglichkeiten und Grenzen eines Engagements der ambulanten Pflegeorganisation

Die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis **Pflegeleistungen** zu übernehmen, sind nach Darstellung der Pflegekraft begrenzt<sup>4534</sup>. Anderthalb Kraft verkörpern nach Aussage der Pflegekraft das

---

<sup>4528</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4529</sup> vgl.: ALI 3: 13.

<sup>4530</sup> vgl.: EPI 5: 30.

<sup>4531</sup> vgl.: ALI 3: 13.

<sup>4532</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.2 aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4533</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4534</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

in der Pflegearbeit regulär einsetzbare Stammpersonal<sup>4535</sup>. Im Rahmen der Anforderung, bedingt Arbeit am Körper zu pflegender Personen zu verrichten, kann das Pflegepersonal bei der Körperpflege behilflich sein. Die Hilfe zur Sicherstellung der Körperpflege kann nicht nur in einer Teilkörperpflege, sondern auch in einer Ganzkörperpflege bestehen. Sie kann sowohl Hilfe beim Waschen, als auch Hilfe beim Baden bedeuten und kann mit Hilfestellungen beim An- und Auskleiden verbunden werden<sup>4536</sup>. Im Rahmen der Anforderung, bedingt Arbeit am Körper zu pflegender Personen zu verrichten, kann das Pflegepersonal ferner die körperliche Untersuchung und körperliche Mobilisierung eines Patienten übernehmen<sup>4537</sup>. Auch kann es beispielsweise Insulin spritzen<sup>4538</sup>, einen „Dekubitus versorgen“<sup>4539</sup> und Rheumaschmerzen behandeln<sup>4540</sup>. Deutlich wird: Das Pflegepersonal kann im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege nicht nur Pflegeleistungen erledigen, die sich durch ihre Nähe zu Prozessen der Alltagsbewältigung auszeichnen, sondern es kann auch Pflegeleistungen übernehmen, die sich durch ihre Nähe zu medizinischen Behandlungsprozessen kennzeichnen lassen. Deutlich wird aber auch: Es gibt Pflegeleistungen, die das Pflegepersonal im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege nicht erbringen kann. Dazu zählt etwa die geistige Aktivierung eines Patienten<sup>4541</sup> und die Beaufsichtigung eines desorientierten Patienten<sup>4542</sup>. Da die zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals begrenzt sind, können auch Maßnahmen wie etwa die Kontrolle der Medikamenteneinnahme die organisatorischen Möglichkeiten des Pflegepersonals übersteigen. Die Pflegeeinsätze, zur Erbringung formeller Pflegeleistungen eingerichtet, bleiben grundsätzlich an die Arbeitszeiten des Pflegepersonals gebunden. Die **Einsatztage** pro Fall lassen sich nach Angaben der Pflegekraft nicht beliebig auf die Woche verteilen. Die Arbeitswoche ist zweigeteilt: Sie besteht aus den Hauptarbeitstagen (montags bis freitags) und aus dem Wochenende, an dem Pflegeeinsätze nur im Notfall durchgeführt werden<sup>4543</sup>. Die Einsätze lassen sich nach Auskunft der Pflegekraft auch nicht beliebig auf einen Einsatztag verteilen. Der Arbeitstag ist gleichfalls zweigeteilt: Die Pflegekraft definiert die Vormittagszeit als Zeit

---

<sup>4535</sup> vgl.: ALI 4: 34.

<sup>4536</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4537</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4538</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4539</sup> EPI 2: 21.

<sup>4540</sup> vgl.: EPI 3: 20.

<sup>4541</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4542</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4543</sup> vgl.: EPI 5: 46.

der Hauptarbeit und die Mittagszeit als Zeit der beginnende Ruhe<sup>4544</sup>. Pflegeeinsätze lassen sich nach Darstellung der Pflegekraft allerdings nicht nur zur Vormittagszeit<sup>4545</sup>, sondern auch zur Mittagszeit<sup>4546</sup> und zur Abendzeit einplanen<sup>4547</sup>. Pflegeeinsätze zur Nachtzeit sind dauerhaft nicht machbar<sup>4548</sup>. Die Zahl der **Einsätze pro Einsatztag**, die im Einzelfall absolviert werden, lässt sich nach Aussage der Pflegekraft nicht beliebig erhöhen: Ein Einsatz pro Einsatztag gilt im Einzelfall als normal. Zwei bis drei Einsätze pro Einsatztag lassen sich im Einzelfall bedingt einrichten<sup>4549</sup>. Drei Einsätze pro Einsatztag gelten je Fall als Maximum<sup>4550</sup>. Die **Zeit pro Einsatz** lässt sich ebenfalls nicht beliebig erhöhen. Es ist nach Aussage der Pflegekraft nicht möglich, dass das Pflegepersonal Tag und Nacht Pflege leistet<sup>4551</sup>. Pflegeeinsätze von mehrstündiger Dauer sind nach Angaben der Pflegekraft auf die Dauer nicht machbar<sup>4552</sup>. In Anbetracht der Begrenztheit der zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals lassen sich pro Einsatz fünfzehn bis maximal sechzig Minuten einplanen<sup>4553</sup>. Sind die Einsätze eines Einsatztages als „Runde“<sup>4554</sup> organisiert, lässt sich die für einen Einsatz reservierte Zeit allenfalls ausnahmsweise überschreiten.

Strukturell bedingt begrenzt sind dem Bekunden der Pflegekraft nach auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation auf beruflicher Basis pflegenahе Leistungen zu übernehmen<sup>4555</sup>. Das Pflegepersonal kann in begrenztem Umfang **pflegenahе Beratungsleistungen** übernehmen. Es kann zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege nicht nur Patienten, sondern auch deren Angehörige im häuslichen Kontext beraten. Es kann sie auf Notwendigkeiten und Möglichkeiten verweisen, häusliche Pflegeprozesse abzusichern: sei es durch das

---

<sup>4544</sup> vgl.: EPI 7: 55.

<sup>4545</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4546</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4547</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4548</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4549</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4550</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4551</sup> vgl.: ALI 1: 59.

<sup>4552</sup> vgl.: EPI 1 A1: 55.

<sup>4553</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4554</sup> EPI 1 A1: 24.

<sup>4555</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Engagement von Angehörigen<sup>4556</sup>, sei es durch die Entlastung von Angehörigen<sup>4557</sup>. Nach Darstellung der Pflegekraft hat das Pflegepersonal auch begrenzte Möglichkeiten, **pflegenahe Betreuungsleistungen** zu erbringen: Sozialbetreuung und seelische Betreuung<sup>4558</sup>. Im Rahmen der zur Vormittagszeit anberaumten Pflegeeinsätze lässt sich nach Angaben der Pflegekraft in begrenztem Umfang Pflege **mit** psychosozialer Betreuung verbinden<sup>4559</sup>. Nach Aussage der Pflegekraft lassen sich zur Nachmittagszeit Betreuungseinsätze anberaumen, um in begrenztem Umfang psychosoziale Betreuung **ohne** Pflege zu bieten<sup>4560</sup>. Nach Darstellung der Pflegekraft besteht allerdings weder die Möglichkeit jene Betreuungseinsätze regelmäßig anzubieten, noch besteht die Möglichkeit, die Zeit pro Betreuungseinsatz in nennenswerten Umfang auszudehnen. Zu unterstellen ist: Pflegeleistungen haben Vorrang vor Betreuungsleistungen. Zu unterstellen ist ferner: Die Pflegekraft bleibt darauf bedacht, sich in Sachen psychosozialer Betreuung vor einer Überforderung der eigenen Person zu schützen<sup>4561</sup>. Sowohl die Grenzen zwischen sozialer und seelischer Betreuung als auch die Grenzen zwischen Betreuung und Beratung sind vermutlich fließend. Das Pflegepersonal kann nach Angaben der Pflegekraft ferner in begrenztem Umfang **pflegenahe Hausarbeiten** übernehmen: Es hat vor Beendigung eines Pflegeeinsatzes die Möglichkeit, Aufräumarbeiten zu erledigen, die auf den eigenen Arbeitsplatz und auf den eigenen Arbeitsprozess beschränkt bleiben,<sup>4562</sup> und nach Beendigung eines Pflegeeinsatzes hat es die Möglichkeit, die Besorgung von Medikamenten zu übernehmen<sup>4563</sup>. Deutlich wird: Begrenzt sind nicht nur die Möglichkeiten des Pflegepersonals, selber formelle Pflege und Betreuung zu leisten. Begrenzt sind auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, auf Privatpersonen Einfluss zu nehmen, dass sie sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung durch Übernahme von Pflege- und Betreuungsleistungen engagieren. Es gibt weder eine Gewähr dafür, dass Angehörige sich beeinflussen lassen, informelle Pflege zu leisten, noch gibt es eine Garantie dafür, dass sich Gemeindemitglieder beeinflussen lassen, auf freiwilliger Basis Betreuungsleistungen zu erbringen<sup>4564</sup>.

<sup>4556</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4557</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4558</sup> vgl.: EPI 8: 56.

<sup>4559</sup> vgl.: ebd.: 56.

<sup>4560</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4561</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4562</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4563</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4564</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.3. und Kapitel 1.3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Strukturell bedingt begrenzt sind aus Sicht der Pflegekraft nicht nur die Möglichkeiten des Pflegepersonals, die pflegebedürftige Person zu unterstützen, sondern auch die Möglichkeiten des Pflegepersonals, pflegenden Angehörigen Unterstützung zu bieten. Der Pflegeeinsatz lässt sich nach Darstellung der Pflegekraft nicht nur als Angebot zur Pflege der pflegebedürftigen Person, sondern auch als Angebot zur **Unterstützung pflegender Angehöriger** nutzen. Das Pflegepersonal kann pflegende Angehörige im Rahmen eines Pflegeeinsatzes erstens in begrenztem Umfang durch die **Übernahme von Pflegeleistungen** unterstützen. Deutlich wird: Es besteht die Möglichkeit, pflegenden Angehörigen eine begrenzte Auszeit von informeller Pflege zu bieten, indem das Pflegepersonal die im Verlauf des Pflegeeinsatzes anfallenden Pflegeleistungen **alleine** verrichtet, ohne pflegende Angehörige Hilfestellung leisten zu lassen. Es ist dem Pflegepersonal zwar möglich, pflegenden Angehörigen für die Dauer eines Pflegeeinsatzes pflegefreie Zeit zu gewähren. Es ist dem Pflegepersonal jedoch unmöglich, pflegende Angehörige für den „Rest des Tages“<sup>4565</sup> von informeller Pflege freizustellen. Es kann ihnen keine „Tag und Nacht“<sup>4566</sup> währende Auszeit von informeller Pflege gewähren. Es kann ihnen weder für die Dauer eines Wochenendes<sup>4567</sup>, noch für die Dauer eines Urlaubs<sup>4568</sup> pflegefreie Zeit bieten. Wenn das Pflegepersonal die im Verlauf eines Pflegeeinsatzes anfallenden Pflegeleistungen **nicht alleine** erledigt, sondern Angehörige Hilfestellung leisten lässt, dann besteht die Möglichkeit, dass das Pflegepersonal jene Pflegeleistungen übernimmt, die es körperlich schwererer Pflegearbeit zuordnet, während es Angehörige jene Pflegeleistungen verrichten lässt, die es körperlich leichter Pflegearbeit zurechnet. Das Pflegepersonal kann den Pflegeeinsatz nach Angaben der Pflegekraft zweitens begrenzt nutzen, um Angehörige durch **Übernahme von pflegenahen Leistungen** zu unterstützen. Es kann Angehörigen im Verlauf eines Pflegeeinsatzes in begrenztem Umfang **Beratung** bieten. Zu unterstellen ist: Es richtet seine Beratungsleistungen nach Möglichkeit auf die Absicherung häuslicher Pflegeprozesse. Es kann im Rahmen der Pflegeberatung versuchen, Angehörige zu motivieren, regelmäßig informelle Pflege zu leisten: Es kann Angehörige etwa über Pflegestandards aufklären und für einen regelgemäßen Vollzug informeller Pflegeleistungen plädieren<sup>4569</sup>. Es kann Angehörigen Anleitung für einen regelgemäßen Vollzug informeller Pflegeleistungen bieten. Es kann Pflegetechniken zeigen und einüben lassen<sup>4570</sup>. Es kann im Rahmen der Pflegeberatung auch versuchen,

---

<sup>4565</sup> EPI 2: 52.

<sup>4566</sup> ALI 1: 59.

<sup>4567</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4568</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4569</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4570</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Angehörige anzuregen<sup>4571</sup>, Entlastungsangebote zu nutzen, die sich ihnen jenseits der ambulanten Pflegeorganisation bieten. Es kann etwa für den Einsatz technischer Pflegehilfsmittel plädieren. Es kann auf die Möglichkeit hinweisen, Familienmitglieder zu aktivieren und die personelle Basis der Familienhilfe zu erweitern, und es kann über die Möglichkeit aufklären, sich einer Angehörigengruppe anzuschließen<sup>4572</sup>. Eine Gewähr dafür, dass seinen Beratungsbemühungen Erfolg beschieden ist, gibt es nicht. Das Pflegepersonal hat nach Darstellung der Pflegekraft ferner allenfalls begrenzte Möglichkeiten, pflegende Angehörige im Rahmen eines Pflegeeinsatzes zu betreuen. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft definiert die zu pflegende Person ausbildungsbedingt als „Hauptperson“<sup>4573</sup> und betrachtet die Pflegeeinsätze des Personals als Einsätze, in denen eine psychosoziale **Betreuung** von Angehörigen Störpotential entfalten kann, da sie Aufmerksamkeit bindet, die der zu pflegenden Person entzogen wird<sup>4574</sup>. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft behandelt Betreuungseinsätze des Personals nicht als Möglichkeit, pflegende Angehörige zu betreuen, sondern als Möglichkeit, unter Umständen zu pflegenden Personen gesonderte Betreuung zu bieten.

#### 1.1.4. Rechte und Pflichten der Pflegekraft

Sich im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege pflegebedürftiger Senioren zu beteiligen, ist der **Hauptauftrag** des Pflegepersonals. Aus ihm lassen sich diverse Pflichten ableiten, die miteinander verwoben sind. Zu nennen ist die Verpflichtung zur Pflegearbeit und damit verbunden sowohl die Pflicht zur Koordinationsarbeit als auch die Pflicht zur Fehlerarbeit. Es ist nicht unter allen Umständen Aufgabe der Pflegekraft, Pflegearbeit zu leisten: Eine **Verpflichtung zur Pflegearbeit** besteht für sie nur in Fällen, die die Kriterien erfüllen, die für die Aufnahme in den Bestand der Fälle und für den Verbleib im Fallbestand gelten. Die zu erfüllenden Kriterien sind: Der Pflegekraft liegt eine gültige Bitte um formelle Pflege vor und die Pflegekraft stellt Bedarf an formeller Pflege fest, der sich im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation decken lässt. In den Fällen, in denen die Pflegekraft sich an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligt, sieht sie sich bedingt durch die Pflegeausbildung und bedingt durch die Organisation der ambulanten Pflege gefordert, ihre Aufmerksamkeit primär auf das Wohlergehen der

---

<sup>4571</sup> vgl.: ALI 1: 3f.

<sup>4572</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4573</sup> EPI 3: 21.

<sup>4574</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Hauptperson<sup>4575</sup> zu richten: Das ist die Person, an der sie formelle Pflege zu erbringen hat. Zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege hat sie jedoch auch dem Wohlergehen der für sie wahrnehmbaren Angehörigen der Hauptperson<sup>4576</sup> in begrenztem Umfang Aufmerksamkeit zu schenken. Mit der Verpflichtung, Pflegearbeit zu leisten, kann sowohl die Anforderung verknüpft sein, **Pflegeleistungen** zu verrichten, die auch Personen ohne Pflegeausbildung erbringen können<sup>4577</sup>, als auch die Anforderung, körperlich und seelisch belastende Pflegeleistungen zu erbringen<sup>4578</sup>, als auch die Anforderung, Pflegeleistungen mit **pflegenahen Beratungsleistungen** zu kombinieren. Die Arbeitszeit der Pflegekraft ist vorrangig zur Verrichtung jener Arbeitsleistungen zu reservieren, die zu erledigen, sie eigens qualifiziert ist. Zu jenen Arbeitsleistungen zählt erstens die Übernahme von Pflegeleistungen, zweitens die Übernahme der pflegenahen Beratungsleistungen.

Die Pflegekraft hat der **Pflicht zur Koordinationsarbeit** unter Umständen auch in der Interaktion mit Angehörigen nachzukommen. Zu klären sind möglicherweise Zielvorstellungen: Was sind unter den gegebenen Umständen realistische Zielsetzungen? Welche Zielsetzungen sind unter den gegebenen Umständen als unrealistisch zu verwerfen?<sup>4579</sup> Zu klären sind vermutlich auch Möglichkeiten und Grenzen der Zielerreichung: Wie soll die Arbeit an der Zielerreichung aussehen? Wie ist es um den Bedarf an Pflege bestellt? Lässt sich der Bedarf an Pflege durch informelle Pflege decken? Welche Pflegeleistungen übernehmen die Angehörigen und welche Pflegeleistungen bleiben dem Pflegepersonal überlassen? Zu welchen Zeiten erbringen die Angehörigen informelle Pflegeleistungen und zu welchen Zeiten ist das Pflegepersonal im Einsatz, formelle Pflege zu leisten?<sup>4580</sup> Beteiligen die Angehörigen sich nicht an der Produktion von Pflegeleistungen, sondern nur an der Organisation der häuslichen Pflegeprozesse? Zu klären ist möglicherweise auch ein Verfehlen der Zielerreichung: Aus welchem Grund hat sich das gewählte Ziel nicht erreichen lassen?<sup>4581</sup> Die Pflegekraft hat zwar die Pflicht zur Koordinationsarbeit auch mit Angehörigen, hat aber **kein Recht**, Angehörigen Anweisungen zu geben: Sie ist ihnen

---

<sup>4575</sup> vgl.: EPI 3: 21.

<sup>4576</sup> vgl.: ebd.: 21.

<sup>4577</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4578</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4579</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4580</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4581</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).



gegenüber nicht weisungsbefugt. Sie hat beispielsweise weder die Berechtigung, sie anzuweisen, informelle Pflege zu leisten, noch ist sie berechtigt, sie anzuweisen, sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses zu beteiligen, noch hat sie das Recht, sie anzuweisen, das Familienleben zu reorganisieren, um häusliche Pflegeprozesse zu stabilisieren, noch ist sie berechtigt, sie anzuweisen, die Heimpflege als wahrscheinlich beste Lösung zu wählen<sup>4582</sup> und beizeiten mit der Anbahnung einer Heimpflege zu beginnen<sup>4583</sup>. Sie kann zwar versuchen, auf Angehörige Einfluss zu nehmen, dass sie sich an der Sicherstellung der häuslichen Pflege in einer Weise beteiligen, die sie für angezeigt hält. Eine Garantie dafür, dass jenem Versuch Erfolg beschieden ist, hat sie aber nicht. Die seitens der Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes eingeführte Regelung, für ausgewählte Pflegeleistungen Gebühren zu erheben und die Höhe der finanziellen Selbstbeteiligung von der praktischen Selbstbeteiligung abhängig zu machen, die Angehörige im Rahmen der Pflegeeinsätze erkennen lassen, eröffnet der Pflegekraft allenfalls begrenzte Möglichkeiten, auf eine Mitwirkung von Angehörigen Einfluss zu nehmen<sup>4584</sup>. Im Rahmen der **Verpflichtung zur Fehlerarbeit** ist die Pflegekraft vorrangig gefordert, sich um die Vermeidung pflegerelevanter Fehler zu bemühen. Sie soll nach Möglichkeit vermeiden, Fehler zu begehen, die sich als folgenschwer erweisen können. Sie soll möglichst auch vermeiden, dass ihre Interaktionspartner folgenschwere Fehler machen. Gefahren für Leib und Leben der Patienten sind soweit wie möglich abzuwehren<sup>4585</sup>. Im Fall des Falles ist die Pflegekraft gefordert, sich um die Bearbeitung pflegerelevanter Fehler zu bemühen.

Durch Übernahme des Fahrdienstes zum Altenclub im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der sozialen Betreuung ausgewählter Senioren mitzuwirken, gilt als **Nebenauftrag** des Pflegepersonals, der für die Erledigung des Hauptauftrags von Nutzen sein kann. Pflegeprozesse lassen sich möglicherweise frühzeitig bahnen. Möglicherweise lassen sich auch Störungen von Pflegeprozessen eindämmen, die als Folge unbefriedigter Bedürfnisse nach Sozialkontakt auftreten können<sup>4586</sup>.

Die Gemeinde trifft als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes die Entscheidungen über die Personalausstattung der ambulanten Pflegeorganisation: Welche personellen Ressourcen sollen in welchen Ausmaß zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege vorgehalten werden? Mit den Entscheidungen über die Personalausstattung werden die

---

<sup>4582</sup> vgl.: EPI 5.3: 19.

<sup>4583</sup> vgl.: EPI 4: 43.

<sup>4584</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4585</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4586</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

organisatorischen Möglichkeiten formeller Pflegearbeit festgelegt. Die den gemeindlichen Pflegedienst leitende Pflegekraft hat ihrerseits das Recht und die Pflicht, die Entscheidungen über den Personaleinsatz in der Pflegearbeit zu fällen: Inwieweit sollen die vorhandenen personellen Ressourcen im Einzelfall jeweils zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege eingesetzt werden? Sie soll in Entscheidungsfindungsprozessen regelgemäß verfahren und eine Vielzahl von Geboten beachten, die in der Pflegeausbildung und im Pflegeberuf sowie im organisatorischen, rechtlichen und sozialpolitischen Kontext der formellen Pflegearbeit verankert sind. Sie soll Entscheidungen über den Personaleinsatz in der formellen Pflegearbeit nicht nach persönlichem Belieben, sondern **nach pflichtgemäßem Ermessen** fällen. Sie soll Personal nur soweit in der Pflegearbeit einsetzen, wie sie es als nötig und möglich betrachtet. Dessen berufliche Verpflichtung zur Pflegearbeit beschränkt sich auf dessen Arbeitszeit und erstreckt sich üblicherweise nicht auf dessen Freizeit. Die personellen Ressourcen auf Seiten der ambulanten Pflegeorganisation sind begrenzt. Jenem begrenzten Potential an Arbeitskraft steht nicht nur das Arbeitsaufkommen in einem Einzelfall, sondern das Arbeitsaufkommen in einer Vielzahl von Einzelfällen gegenüber. Mit einem begrenzten Potential an Arbeitskraft lässt sich nur ein begrenztes Arbeitsaufkommen bewältigen. Die Pflegekraft weiß: Sie muss mit „anderthalb Kraft“<sup>4587</sup> auskommen. Sie hat dem **Gebot zur Rationierung** rationierter Arbeitskraft Rechnung zu tragen. Sie weiß ferner: Sie hat auch dem **Recht auf Gleichbehandlung**, dem **Gerechtigkeitsprinzip** und dem **Subsidiaritätsprinzip** Rechnung zu tragen. Sie hat sowohl im Rahmen der Fallauswahl als auch im Rahmen der Fallbearbeitung gleiche Fälle gleich zu behandeln. Sich bei der Behandlung von Fällen einen persönlichen Vorteil zu verschaffen, ist ihr verboten<sup>4588</sup>. Sie hat das Recht und die Pflicht, sowohl im Rahmen der Fallauswahl als auch im Rahmen der Fallbearbeitung Bedarfsprüfungen vorzunehmen. In Prozessen der Bedarfsbestimmung hat sie die sachlichen Notwendigkeiten zu beurteilen, (formelle) Pflege zu leisten: ohne Ansehen der begutachteten Personen. In Prozessen der Bedarfsbearbeitung soll der Vorrang informeller Pflege soweit wie möglich hergestellt werden und gewahrt bleiben: Wenn Bedarf an Pflege besteht, dann soll nach Möglichkeit vorrangig informelle Pflege geleistet werden. Die Pflegekraft ist nicht verpflichtet, Wünsche nach formeller Pflege zu erfüllen. Sie ist vielmehr gefordert, auf Bedarfsgerechtigkeit zu achten. Genauer gesagt: Wenn Bedarf an formeller Pflege besteht, dann hat sie die Pflicht, im Rahmen sachlicher

---

<sup>4587</sup> ALI 4: 34.

<sup>4588</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.4. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten, formelle Pflege zu leisten<sup>4589</sup>. Sie hat soweit wie möglich sowohl das auf Seiten der Hauptperson<sup>4590</sup> bestehende Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als auch das auf Seiten der Hauptperson bestehende Recht auf Selbstbestimmung zu beachten. Willigt die pflegebedürftige Person in die formelle Pflege ein? Lassen deren Handlungen, etwa die Artikulation einer Bitte um formelle Pflege oder etwa die Artikulation von Wohlbefinden, auf deren Willen schließen, sich pflegen zu lassen? Die Pflegekraft hat als berufsmäßig Pflegearbeit leistende Person das Recht und die Pflicht, die eigene Arbeitskraft zu wahren<sup>4591</sup>. Jener Pflicht zur Wahrung eigener Arbeitskraft entspricht ein **Recht auf Freizeit**, das sich am Ende des Arbeitstages, am Wochenende und während der Urlaubszeit realisieren lässt. Jener Pflicht zur Wahrung eigener Arbeitskraft entspricht auch ein **Recht auf Arbeitserleichterung**, das sich durch Einsatz technischer Pflegehilfsmittel und durch Einsatz von Helfern verwirklichen lässt.

### 1.1.5. Rechte und Pflichten von Angehörigen

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft erachtet es als Selbstverständlichkeit, dass Angehörige der häuslichen Pflege nach Möglichkeit den Vorrang vor einer Heimpflege einräumen<sup>4592</sup>. Wie ist es nach Auffassung der Pflegekraft um die **Pflicht** von Angehörigen bestellt, sich an der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu beteiligen? Naheliegend ist die Vermutung: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext gewährleistet werden soll, dann ist es aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen Aufgabe von Angehörigen, an der **Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** mitzuwirken. Die Pflegekraft weiß: Angehörige können zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege vor die Anforderung gestellt sein, formelle Pflege zu erbitten. Sie hegt vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen sie kontaktieren und um formelle Unterstützung bitten, wenn sie der Auffassung sind, dass es zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege jener formellen Unterstützung bedarf, welche die ambulante Pflegeorganisation zu bieten hat<sup>4593</sup>. Zu unterstellen ist: Angehörige sollen jene **Bitte um formelle Unterstützung** aus Sicht der Pflegekraft nach

---

<sup>4589</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.4. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4590</sup> vgl.: EPI 3: 21.

<sup>4591</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.4. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4592</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4593</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Möglichkeit rechtzeitig<sup>4594</sup> und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des ihrer Ansicht nach unterstützungsbedürftigen Familienmitgliedes<sup>4595</sup> artikulieren. Die Pflegekraft hegt ferner vermutlich den Anspruch: Angehörige sollen es unterlassen, jener Bitte auf unstatthafte Weise Nachdruck zu verleihen. Sie sollen weder Versuche der Einflussnahme durch Bestechungsversuche<sup>4596</sup>, noch Versuche der Einflussnahme durch Aktivierung einflussreicher Beziehungen<sup>4597</sup> unternehmen. Sie sollen es der Pflegekraft überlassen, auf Basis einer Bedarfsprüfung über jene Bitte um formelle Unterstützung zu entscheiden. Die Pflegekraft unterhält vermutlich auch den Anspruch: Wenn sie Pflegeleistungen erbringt, dann sollen Angehörige es unterlassen, zu versuchen, durch Belehrungsversuche Einfluss auf die Art und Weise des Leistungsvollzugs zu nehmen. Sie sollen ihr weder eine Anleitung für die Hilfe beim Waschen geben<sup>4598</sup>, noch sollen sie ihr eine Anweisung für die Wundbehandlung erteilen<sup>4599</sup>. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Angehörige sollen sie nicht nur um formelle Unterstützung bitten, sondern sollen ihr unter Umständen auch informelle Unterstützung anbieten. Sie sollen ihr unter Umständen das Angebot machen, die Beschaffung technischer Pflegehilfsmittel zu übernehmen und in der Zeit während der Pflegeeinsätze Hilfestellung zu leisten. Sie sollen es ihr allerdings überlassen, über jenes **Angebot von informeller Unterstützung** zu entscheiden: es zu prüfen und es nach Prüfung entweder abzulehnen oder anzunehmen<sup>4600</sup>. Die Pflegekraft ist vermutlich auch der Ansicht: Die Angehörigen sollen den Kontakt zum Pflegepersonal im Rahmen ihrer Möglichkeiten pflegen. Sie sollen sich möglichst um eine **Kontaktpflege** besonderer Art bemühen: um die Pflege des Kontaktes von Angesicht zu Angesicht. Nach Möglichkeit sollen sie sich dem Pflegepersonal im Verlauf eines Pflegeeinsatzes als Ansprechpartner anbieten<sup>4601</sup>. Sie sollen nach Möglichkeit im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes mit dem Pflegepersonal Kontakt aufnehmen<sup>4602</sup>, ohne für die Dauer des Pflegeeinsatzes in Kontakt bleiben zu müssen. Zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege sollen Angehörige aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen wahrscheinlich nicht nur formelle Unterstützung, sondern auch informelle Unterstützung suchen: Unterstützung, die soziale Netzwerke zu bieten haben<sup>4603</sup>. Nach Auffassung der

---

<sup>4594</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.5. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4595</sup> siehe: EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4596</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4597</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4598</sup> vgl.: EPI 3: 4.

<sup>4599</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>4600</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.2.1.2. und Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4601</sup> vgl.: EPI 5.2: 37.

<sup>4602</sup> vgl.: EPI 6 A1: 62.

<sup>4603</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.5. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Pflegekraft sollen Angehörige wahrscheinlich auf jeden Fall zur rechten Zeit aktiv werden: nicht nur, wenn sie gefordert sind, häusliche Pflegeprozesse anzubahnen, sondern auch wenn sie gefordert sind, Prozesse der Pflege im Heim vorzubereiten<sup>4604</sup>. Zu vermuten ist: Stehen Angehörige vor der Anforderung, Entscheidungen für oder wider die häusliche Pflege stellvertretend für den Patienten zu fällen, erachtet die Pflegekraft es als Selbstverständlichkeit, dass sie sich in Prozessen der Entscheidungsfindung vom Patientenwohl leiten lassen<sup>4605</sup>.

Anzunehmen ist: Wenn die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden soll, dann ist es aus Sicht der Pflegekraft unter Umständen auch Aufgabe von Angehörigen, sich an der **Produktion von Pflegeleistungen** zu beteiligen. In Fällen häuslicher Pflege ist der informellen Pflege durch Angehörige aus Sicht der Pflegekraft nach Möglichkeit der Vorrang vor einer formellen Pflege durch das Personal der ambulanten Pflegeorganisation einzuräumen. Zu unterstellen ist: Die seitens der Pflegekraft gehegten Ansprüche an informelle Pflege betreffen sowohl die **Pflegeleistungen**, als auch die **Pflegezeiten**. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Angehörige könnten **theoretisch** Pflegeleistungen übernehmen, deren Vollzug keine Pflegeausbildung erfordert. Sie könnten teils ohne Anleitung, teils nach Anleitung diverse pflegerische Leistungen erledigen, die sich durch ihre Nähe zu Prozessen der Alltagsbewältigung und Krankheitsbearbeitung auszeichnen: etwa die Körperpflege eines Patienten<sup>4606</sup>, das Füttern, Betten und Lagern einer bettlägerigen Person<sup>4607</sup>, die körperliche Mobilisation eines Patienten<sup>4608</sup>, die Dekubitusbehandlung<sup>4609</sup>, die Wundbehandlung<sup>4610</sup> und die Insulininjektion<sup>4611</sup>. **Praktisch** lässt sich die Übernahme von Pflegeleistungen, deren Vollzug keine Pflegeausbildung erfordert, Angehörigen jedoch nicht unter allen Umständen abverlangen. Die Pflegekraft ist vermutlich der Auffassung: Soweit sie es in Fällen häuslicher Pflege als nötig und möglich erachtet, sollen Angehörige Pflegeleistungen übernehmen, die auch Personen ausführen können, die keine Pflegeausbildung besitzen, und als Helfer fungieren, sei es in Zeiten während der Einsätze des Personals, sei es in Zeiten zwischen den Einsätzen des Personals<sup>4612</sup>. Die

---

<sup>4604</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4605</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4606</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4607</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4608</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4609</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4610</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4611</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4612</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch

Pflegekraft ist vermutlich auch der Auffassung: Angehörige sollen im Fall des Falles informelle Pflege gemäß formeller Pflegeberatung leisten<sup>4613</sup>. Die Ansprüche, die die Pflegekraft an informelle Pflege unterhält, betreffen wahrscheinlich auch die **Wahl der informellen Pflegeperson**. Anzunehmen ist: Nach Auffassung der Pflegekraft ist es vorrangig Aufgabe von Angehörigen und nicht von Nachbarn, im häuslichen Kontext Pflege zu leisten<sup>4614</sup>. Weibliche Familienmitglieder sind aus Sicht der Pflegekraft prädestiniert, im Fall des Falles den Körper eines pflegebedürftigen Angehörigen zu pflegen<sup>4615</sup> und die familiäre Pflegeperson vertreten<sup>4616</sup>. Berufstätige Angehörige sollen die Übernahme der Pflege am Wochenende nach Ansicht der Pflegekraft im Fall des Falles zumindest ausprobieren<sup>4617</sup>. Auch sollen berufstätige Angehörige die Betreuung zur Nachtzeit nach Meinung der Pflegekraft im Fall des Falles zumindest probeweise übernehmen<sup>4618</sup>. Wenn die Pflege im häuslichen Kontext gewährleistet werden soll, dann steigen aus Sicht der Pflegekraft die Anforderungen an Angehörige, informelle Pflege zu leisten, wenn der Pflegebedarf auf Seiten eines Patienten wächst.

Die Anspruchshaltungen, mit denen die Pflegekraft Angehörigen in Prozessen der Sicherstellung der häuslichen Pflege begegnet, liegen einerseits in persönlichen, gesellschaftlich vermittelten Vorstellungen von Selbstverständlichkeiten begründet: Angehörige zeigen Interesse<sup>4619</sup> und kümmern sich<sup>4620</sup>. Sie leisten Unterstützung als Ausgleich für jene Unterstützung, die sie in der Vergangenheit erhalten haben<sup>4621</sup> oder in Zukunft erhalten werden<sup>4622</sup>. Sie basieren andererseits auf dem im Rahmen der Sozialpolitik begründeten, im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation verankerten und im Rahmen der gesellschaftlichen Pflegekultur realisierten Grundsatz vom Vorrang familialen Engagements. Sie haben mit der seitens der Gemeinde eingeleiteten Veränderung der Finanzierung des gemeindlichen Pflegedienstes eine strukturelle Verfestigung erfahren. Die eingeführte Gebührenordnung setzt auf eine Verknüpfung zwischen finanzieller Beteiligung an den Pflegekosten und praktischer Beteiligung an der Pflege<sup>4623</sup>.

---

Kapitel 4.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.5. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4613</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4614</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4615</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4616</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4617</sup> vgl.: EPI 4: 33.

<sup>4618</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4619</sup> vgl.: EPI 6 A1: 2; EPI 8: 39.

<sup>4620</sup> vgl.: EPI 8: 5.

<sup>4621</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4622</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4623</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Angehörige haben aus Sicht der Pflegekraft vermutlich nicht nur Pflichten, sondern auch **Rechte**, beispielsweise das Recht auf Selbstbestimmung und das Recht auf Schutz von Leib und Leben der eigenen Person. Die Pflegekraft ist sich wahrscheinlich bewusst: Nicht nur Pflegekräfte, sondern auch (pflegende) Angehörige haben ein **Recht auf Freizeit**. (Pflegende) Angehörige können jenes Recht auf Freizeit jedoch nur begrenzt verwirklichen, sollen Pflege und Betreuung im häuslichen Kontext gewährleistet werden. Haben Angehörige nach Auffassung der Pflegekraft ein **Recht auf soziale Anerkennung** für geleistete informelle Pflege? Wenn die Pflegekraft die Ansicht vertritt, dass nicht nur formelle Pflege, sondern auch informelle Pflege selbstverständlich ist und als Selbstverständlichkeit stillschweigend zu leisten ist<sup>4624</sup>, dann negiert sie nicht nur, dass pflegende Angehörige ein Recht auf soziale Anerkennung für geleistete informelle Pflege haben, sondern spricht ihnen auch das Recht ab, ihr abzuverlangen, ihnen Anerkennung für geleistete informelle Pflege zu zollen. Haben Angehörige nach Meinung der Pflegekraft ein **Recht auf die eigene „Art“**<sup>4625</sup>? Anzunehmen ist: Aus Sicht der Pflegekraft wird das Recht eines Angehörigen, sie mit der ihm eigenen Art zu behandeln, durch den Anspruch der Pflegekraft begrenzt, mit Höflichkeit und Respekt behandelt zu werden<sup>4626</sup>.

#### 1.1.6. Fehler: Möglichkeiten und Fakt

Die Pflegekraft ist sich bewusst: Sie ist in Prozessen der Sicherstellung der häuslichen Pflege gefordert, der Heterogenität von **Fehlermöglichkeiten** Rechnung zu tragen. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, dass sie versehentlich einen **Deutungsfehler** begeht, der einen **Handlungsfehler** zur Folge haben kann. Kommunikationsleistungen von Patienten und Angehörigen sind interpretationsbedürftige Größen, deren Auslegung anfällig für Deutungsfehler ist. Zu prüfen ist: Verweisen jene kommunikativen Leistungen auf Wünsche nach formeller Pflege? Selbst die manifeste **Bitte um formelle Pflege** ist einer Prüfung zu unterziehen: Wenn Angehörige eine Bitte um formelle Pflege artikulieren, dann manifestiert sich in jener Kommunikationsleistung der Angehörigen ad primum der Wunsch der Angehörigen, an der Person des älteren Familienmitgliedes formelle Pflege leisten zu lassen. Aber ist sie auch Ausdruck eines auf Seiten des älteren Familienmitgliedes bestehenden und von Angehörigen stellvertretend

---

<sup>4624</sup> vgl.: EPI 2: 18.

<sup>4625</sup> EPI 3: 14; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4626</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.5. aus Kapitel III dieser Arbeit).

artikulierten Wunsches nach formeller Pflege<sup>4627</sup>? Der **Bedarf an formeller Pflege** stellt ebenfalls eine interpretationsbedürftige Größe dar. Auch bei der Bestimmung des Bedarfs an formeller Pflege sind Deutungsfehler nicht auszuschließen<sup>4628</sup>. Können und wollen Patienten sich im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege selber behelfen? Möglich ist: Patienten lassen zwar den Wunsch nach formeller Hilfe bei der Körperpflege erkennen. Jener Wunsch liegt aber möglicherweise nicht in fehlender Fähigkeit zur Selbsthilfe, sondern in fehlender Bereitschaft zur Selbsthilfe bei der Sicherstellung der Körperpflege begründet<sup>4629</sup>. Die Pflegekraft ist gefordert, die körperliche Beweglichkeit eines Patienten einzuschätzen, um den Bedarf an Hilfe beim Waschen zu bestimmen. Unterschätzung und Überschätzung der körperlichen Beweglichkeit sind Fehleinschätzungen mit unterschiedlichen Folgen. Möglich ist: Die Pflegekraft unterschätzt die körperliche Beweglichkeit eines Patienten, überschätzt dessen Bedarf an Hilfe beim Waschen und unterfordert ihn im Prozess der Sicherstellung der Körperpflege. Möglich ist auch: Sie überschätzt die körperliche Beweglichkeit eines Patienten, unterschätzt dessen Bedarf an Hilfe beim Waschen und überfordert ihn im Prozess der Sicherstellung der Körperpflege. Bei Überforderung besteht erhöhte Unfallgefahr<sup>4630</sup>. Um den Bedarf an formeller Pflege zu bestimmen, ist allerdings nicht nur die Fähigkeit und Bereitschaft des älteren Familienmitgliedes zu begutachten, Alltag und Krankheit selbständig zu bewältigen. Vielmehr sind auch die Möglichkeiten und Grenzen eines familialen Engagements zu prüfen. Können und wollen Angehörige informelle Pflege leisten? Die Pflegekraft hat im Rahmen der Pflegeeinsätze jedoch allenfalls begrenzte Möglichkeiten, Belastungspotentiale in familialen Netzwerken zu erfassen. Belastungen von Angehörigen und Belastungen von Familienbeziehungen sind interpretationsbedürftige Größen, deren Begutachtung anfällig für Deutungsfehler ist. Die Pflegekraft läuft Gefahr, die Belastungen von Familienbeziehungen zu unterschätzen, wenn ihr keine Einblicke in das Familienleben gewährt werden<sup>4631</sup>. Sie würde auch Gefahr laufen, die Belastungen von Angehörigen zu unterschätzen, würde sie lediglich deren Lebensverhältnisse erkunden, deren subjektives Belastungsempfinden aber ausblenden<sup>4632</sup>. Möglich ist: Sie unterschätzt das Belastungsempfinden pflegender Angehöriger und überfordert sie. Bei Überforderung pflegender Angehöriger besteht erhöhte Gefahr eines Ausfalls der familiären Pflegeperson. Deutungsfehler können nicht

<sup>4627</sup> siehe: EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4628</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 1.6. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4629</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4630</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4631</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4632</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).



nur bei der Feststellung des Bedarfs an formeller Pflege unterlaufen, sondern auch bei der Bestimmung des **Bedarfs an formeller Pflegeberatung**<sup>4633</sup>, bei der Ermittlung des **Bedarfs an formeller Sozialbetreuung**<sup>4634</sup> und bei der Feststellung des **Bedarfs an medizinischer Behandlung**<sup>4635</sup>. Es ist beispielsweise jederzeit möglich, den medizinischen Behandlungsbedarf eines Patienten versehentlich falsch zu einzuschätzen. Es besteht einerseits die Möglichkeit, irrtümlicherweise eine vorhandene Gefährdung zu übersehen. Es besteht andererseits die Möglichkeit, versehentlich eine Gefährdung zu unterstellen. Bei Unterschätzung des Behandlungsbedarfs kann ein Patient Schaden nehmen. Auch Bedarf an psychologischer Behandlung bleibt möglicherweise unerkannt<sup>4636</sup>.

Deutlich wird: **Fehler** gehören zur Normalität des pflegerischen Alltags, auch wenn sie in der Praxis der ambulanten Pflege nicht die Regel sind. In Prozessen der Sicherstellung der häuslichen Pflege kann jeder jederzeit aus Versehen einen Fehler begehen: nicht nur die Angehörigen<sup>4637</sup>. Auch die Pflegekraft ist nicht davor gefeit, irrtümlicherweise Fehler zu machen: den Bedarf an formeller Körperpflege zu überschätzen<sup>4638</sup>, den Betreuungsbedarf eines Patienten<sup>4639</sup>, den Behandlungsbedarf eines Patienten<sup>4640</sup> oder auch den Beratungsbedarf eines pflegenden Angehörigen zu unterschätzen<sup>4641</sup>. Kommunikationsfehler in der Koordinationsarbeit mit Angehörigen sind nicht auszuschließen<sup>4642</sup>. Fehler der Pflegekraft können sich als folgens schwer erweisen: Unter Umständen können sie zur Schädigung eines Patienten<sup>4643</sup> wie auch zur Schädigung eines pflegenden Angehörigen führen<sup>4644</sup>. Nicht jeder Fehler der Pflegekraft ist allerdings ein folgens schwerer Fehler: Unter Umständen nehmen weder Patienten<sup>4645</sup>, noch Angehörige<sup>4646</sup> Schaden. Fehler bleiben möglicherweise unentdeckt. Möglicherweise

---

<sup>4633</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4634</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 1.6. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4635</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4636</sup> siehe: EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4637</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4638</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4639</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4640</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4641</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4642</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4643</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4644</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4645</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4646</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.1.6. aus Kapitel III dieser Arbeit).

werden sie per Zufall entdeckt<sup>4647</sup>. Jedem kann jederzeit, sei es berechtigterweise, sei es unberechtigterweise, der Vorwurf gemacht werden, einen Fehler begangen zu haben: Weder die Angehörigen<sup>4648</sup>, noch die Personalperson<sup>4649</sup> sind vor dem Vorwurf geschützt, einen Fehler gemacht zu haben.

## 1.2. Die Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsziele in vergleichender Zusammenschau

Die Zielvorstellungen der Pflegekraft werden durch den fachlichen und beruflichen, den organisatorischen, sozialpolitischen und gesellschaftlichen Kontext der Pflegearbeit beeinflusst. Der Pflegekraft ist das Bestreben zu unterstellen, im Rahmen begrenzter Möglichkeiten einen Beitrag zur Sicherung der **Lebensqualität älterer Menschen** zu leisten, sofern sie zur Klientel des ambulanten Pflegedienstes zählen. Das heißt: Ihnen soll nach Auffassung der Pflegekraft ermöglicht werden, solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verweilen<sup>4650</sup>.<sup>4651</sup> Nach Auffassung der Pflegekraft soll ihnen im Fall des Falles auch die Möglichkeit eröffnet werden, in der eigenen Häuslichkeit zu sterben<sup>4652</sup>. Der Verbleib in der Häuslichkeit und die Fortsetzung der häuslichen Pflege können jederzeit bedroht sein. Das Wohlergehen von Patienten lässt sich nicht unter allen Umständen in gewünschter Weise beeinflussen. Der körperliche und seelische Zustand von Patienten kann sich jederzeit in bedenklicher Weise verschlechtern<sup>4653</sup>. Auch lässt sich das familiäre Engagement nicht unter allen Umständen wunschgemäß beeinflussen. Zu unterstellen ist: Aus Sicht der Pflegekraft lässt sich angesichts der mit der häuslichen Pflege verbundenen Belastungen weder die **Gefahr eines Ausfalls der pflegenden Angehörigen**<sup>4654</sup>, noch die **Gefahr eines Abbruchs der informellen Pflege**<sup>4655</sup>, noch die **Gefahr einer Vakanz der familialen Pflegerolle**<sup>4656</sup> ausschließen.

---

<sup>4647</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4648</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4649</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.2.1.2., sowie Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4650</sup> vgl.: ALI 4: 40.

<sup>4651</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4652</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4653</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4654</sup> siehe: EPI (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4655</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Die familiäre Pflegerolle droht im Pflegefall vakant zu bleiben, etwa wenn die familiäre Pflegeperson ausfällt<sup>4657</sup>, wenn Angehörige keine informelle Pflege leisten können oder wollen, wenn die Beziehung zwischen einem Angehörigen, der theoretisch informelle Pflege leisten könnte, und einem pflegebedürftigen Mitglied seiner Familie belastet ist<sup>4658</sup>. Bleibt die familiäre Pflegerolle im Pflegefall vakant, ist die Fortsetzung der häuslichen Pflege gefährdet. Der Pflegekraft ist das Bemühen zu unterstellen, im Rahmen begrenzter Möglichkeiten nicht nur zur Sicherung der Lebensqualität älterer, zur Klientel des ambulanten Pflegedienstes zählender Menschen, sondern auch zur Sicherung der **Lebensqualität von pflegenden Angehörigen** beizutragen<sup>4659</sup>. Nach Ansicht der Pflegekraft kann unter Umständen allerdings nicht nur die ambulante Pflege, sondern auch die Heimpflege das Mittel der Wahl zur Sicherung der Lebensqualität von Senioren und Angehörigen sein<sup>4660</sup>.

Auszugehen ist von dem Bestreben der Pflegekraft, die **Qualität der Pflegearbeit** im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu sichern. Die Pflegekraft ist wahrscheinlich der Auffassung: Der körperliche Zustand von Patienten soll nach Möglichkeit verbessert werden. Dessen Verschlechterung soll möglichst verhindert werden<sup>4661</sup>. Körperliche Erkrankungen und Beschwerden von Patienten sollen soweit wie möglich verhindert<sup>4662</sup>, geheilt<sup>4663</sup> oder gelindert werden<sup>4664</sup>. Körperliche Beweglichkeit und Selbständigkeit beim Vollzug der Körperpflege sollen soweit wie möglich wiederhergestellt und gewahrt werden<sup>4665</sup>. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Um die Chancen zu erhöhen, eine Heilung des Körpers und eine Besserung körperlicher Funktionen zu erzielen<sup>4666</sup>, muss sie im Fall des Falles versuchen, dem seelischen Knacks eines Patienten Rechnung zu

---

<sup>4656</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4657</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4658</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4659</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4660</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4661</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4662</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4663</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4664</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4665</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4666</sup> vgl.: ALI 3: 74.

tragen<sup>4667</sup>. Von dem Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität des Pflegeprozesses** zu sichern, ist gleichfalls auszugehen. Sie ist wahrscheinlich der Auffassung: Nach Möglichkeit soll nicht nur die Arbeitskraft auf Seiten des Pflegepersonals, sondern auch die Arbeitskraft auf Seiten der pflegenden Angehörigen gewahrt werden. Ein Engagement des ambulanten Pflegedienstes soll das familiäre Engagement möglichst nicht schwächen, sondern stärken<sup>4668</sup>. Pflegenden Angehörigen soll soweit wie möglich Entlastung geboten werden<sup>4669</sup>: vermutlich in dem Bestreben, sowohl deren Arbeitskraft im häuslichen Pflegeprozess zu wahren, als auch deren Lebensqualität soweit wie möglich sichern zu helfen. Entlastung pflegender Angehöriger ist einerseits durch Einsatz technischer Pflegehilfsmittel, andererseits durch Einsatz von Pflegepersonal möglich. Sowohl Pflegeeinsätze als auch Pflegeberatung können Angehörigen Entlastungsmöglichkeiten eröffnen. Zu unterstellen ist: Das Engagement von Angehörigen soll aus Sicht der Pflegekraft nach Möglichkeit nicht nur gewahrt, sondern auch gemehrt werden<sup>4670</sup>: Pflegeberatung kann nicht nur beitragen, Angehörigen die Übernahme informeller Pflege zu erleichtern<sup>4671</sup>, sondern kann auch beitragen, sie zur Übernahme informeller Pflege zu befähigen<sup>4672</sup>. Zu unterstellen ist ferner das Bemühen der Pflegekraft, die **Qualität des Arbeitsklimas** nach Möglichkeit zu sichern<sup>4673</sup>. Das heißt: Die Pflegekraft ist vermutlich darauf bedacht, möglichst keinen Unfrieden an den in den Privathaushalten eingerichteten Arbeitsplätzen zu entfachen<sup>4674</sup>, möglichst nicht nur den sozialen Frieden, sondern auch den persönlichen Frieden zu wahren und im Konfliktfall nach Möglichkeit wiederherzustellen<sup>4675</sup>.

Die Zielvorstellungen der Pflegekraft sind auf Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen gerichtet, sofern sie zur Klientel des ambulanten Pflegedienstes zählen, auf Sicherung der Qualität der Pflegearbeit und des Pflegeprozesses sowie auf Sicherung der Qualität des Arbeitsklimas. Sie sind miteinander verwoben. **Hauptziel** ist der Verbleib der zu pflegenden Person in der Häuslichkeit, sofern die Heimpflege nicht die

---

<sup>4667</sup> vgl.: ALI 1: 37.

<sup>4668</sup> vgl.: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4669</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4670</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4671</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4672</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4673</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4674</sup> vgl.: EPI 5.2.: 29.

<sup>4675</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

bessere pflegerische Alternative darstellt. Der Verwirklichung jenes Hauptzieles dient das Bemühen der Pflegekraft, die Qualität der Pflegearbeit, des Pflegeprozesses und des Arbeitsklimas zu sichern. Eine Garantie dafür, dass sich gewählte Ziele erreichen lassen, hat sie nicht.

### **1.3. Die Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsstrategien in vergleichender Zusammenschau**

#### **1.3.1. Handlungsstrategien im Rahmen der Pflegearbeit**

Die Pflegekraft ist vermutlich sowohl in Prozessen der Fallauswahl als auch in Prozessen der Fallbearbeitung **mit selektiver Aufmerksamkeit verfahren**. Jene Selektivität der Aufmerksamkeit liegt nicht nur in der Person der Pflegekraft, sondern auch in der Pflegeausbildung und in der Organisation der ambulanten Pflege begründet. Pflegeausbildung und Organisation der ambulanten Pflege strukturieren den in Prozessen der Fallauswahl und Fallbearbeitung zu erledigenden Auftrag der Pflegekraft, in Grenzen Pflege zu leisten. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat jenen Auftrag pflichtgemäß in den Mittelpunkt sowohl der Fallauswahl als auch der Fallbearbeitung gestellt und als Größe behandelt, die für die ihr in beruflichen Kontexten abverlangte Praxis selektiver Aufmerksamkeit richtungsweisend ist. In Prozessen der Fallauswahl und Fallbearbeitung mit selektiver Aufmerksamkeit verfahren, hat die Pflegekraft das Arbeitsaufkommen begrenzt, das das Pflegepersonal zu bewältigen hat.

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft ist bestrebt gewesen, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals nicht nach persönlichem Belieben, sondern nach pflichtgemäßem Ermessen zu beschränken. Sie hat sich sowohl in Prozessen der Fallauswahl als auch in Prozessen der Fallbearbeitung bemüht, den Arbeitsaufwand des Pflegepersonals auf ein aus ihrer Sicht **rechtes Maß** zu **begrenzen** und das Pflegepersonal **nur soweit** in der Pflegearbeit einzusetzen, wie sie es als **nötig und möglich** betrachtet hat. In dem Bemühen um eine angemessene Begrenzung des Arbeitsaufkommens hat sie sowohl in Prozessen der Fallauswahl als auch in Prozessen der Fallbearbeitung pflichtgemäß **Bedarfsprüfungen** durchgeführt. Im Rahmen der Bedarfsprüfungen hat sie ihre Aufmerksamkeit auf den Auftrag konzentriert, nicht Wünsche nach formeller Pflege zu erfüllen, sondern Bedarf an formeller Pflege im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten zu decken, und hat ein Prüfverfahren angewendet, dessen Leitfragen als **Filterfragen** wirken. Die Aufmerksamkeit auf die (potentiell oder faktisch) zu pflegenden Klienten richtend, hat sie untersucht: Besteht Pflegebedarf? Hat

sie Pflegebedarf festgestellt, hat sie, die Aufmerksamkeit auf deren familiäre Netzwerke lenkend, ermittelt: Lässt sich der Bedarf an Pflege durch informelle Pflege decken? Hat sie Pflegebedarf erfasst, der sich nicht (allein) durch informelle Pflege bewältigen lässt, hat sie Bedarf an formeller Pflege anerkannt. Die Aufmerksamkeit auf die ambulante Pflegeorganisation richtend, hat sie geprüft: Lässt sich jener Bedarf an formeller Pflege im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation decken? Sie hat die Durchführung jener Bedarfsprüfungen in Prozessen der Fallauswahl und Fallbearbeitung an die Unterstellung gebunden: Ihr liegt eine gültige Bitte um formelle Unterstützung vor.

Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung **in Prozessen der Fallauswahl** gefordert, ein Auswahlverfahren anzuwenden, das auf den Vorrang informeller Pflege setzt, auf einer Verknüpfung zweier zentraler Auswahlkriterien beruht und auf eine **Begrenzung von Fallmengen** zielt. Sie hat erstens zu prüfen: Hat sie eine Bitte um formelle Unterstützung erhalten? Zweitens hat sie zu prüfen: Besteht ein Bedarf an formeller Pflege, der sich im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation bearbeiten lässt? Auf Basis der ihr übermittelten Bitte um formelle Unterstützung nimmt sie ausgewählte Personen als potentiell zu pflegende Klienten wahr. Nur sie haben eine Chance, formelle Pflege zu erhalten. Auf Basis der eigens durchgeführten Bedarfsprüfung soll sie unter den Personen, die sie als potentiell zu pflegende Klienten wahrgenommen hat, die faktisch zu pflegenden Klienten auswählen. Nur sie sollen formelle Pflege erhalten.

- Von formeller Pflegearbeit lassen sich theoretisch all jene Fälle ausschließen, in denen der Pflegekraft zwar eine gültige Bitte um formelle Pflege vorliegt, sich im Rahmen der Bedarfsprüfung aber aus Sicht der Pflegekraft kein Bedarf an formeller Pflege feststellen lässt.
- Von formeller Pflegearbeit lassen sich theoretisch auch all jene Fälle aussondern, in denen ihr zwar eine gültige Bitte um formelle Pflege vorliegt, der festgestellte Bedarf an formeller Pflege aus Sicht der Pflegekraft aber den Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten sprengt.
- Von formeller Pflegearbeit lassen sich ferner all jene Fälle ausklammern, in denen ihr keine Bitte um formelle Pflege vorliegt, obgleich sich im Falle einer Bedarfsprüfung ein im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation bearbeitbarer Bedarf an formeller Pflege feststellen ließe.

Eine Bitte um formelle Pflege fehlt beispielsweise, wenn Angehörige sich scheuen, um formelle Pflege zu bitten, obwohl sie sich belastet fühlen, oder wenn Angehörige in Selbstüberschätzung der eigenen Belastbarkeit keine formelle Pflege wünschen. Die Pflegekraft kann versuchen, den Ausschluss von Fällen zu entproblematisieren, in denen keine Bitte um formelle Pflege vorliegt, obgleich sich ein im Rahmen der ambulanten Pflegeorganisation bearbeitbarer Bedarf an formeller Pflege anerkennen ließe. Sie kann die Deutung wählen: Der Ausschluss derartiger Fälle ist unproblematisch. Das Fehlen einer Bitte um formelle Pflege beweist, dass sich die häusliche Pflegesituation trotz der Belastung von Angehörigen noch ohne formelle Pflege bewältigen lässt und dass die Qualität der informellen Pflege zumindest keine offenkundigen Mängel aufweist. Sie kann auch die Deutung wählen: Der Ausschluss derartiger Fälle mag zwar problematisch sein, aber sie kann ihn schwerlich verhindern. Jenes Auswahlverfahren beruht auf einem Verfahren der Öffentlichkeitsarbeit, das gleichfalls auf den Vorrang informeller Pflege setzt und auf eine Begrenzung von Fallmengen zielt. Die Pflegekraft ist nicht gefordert, Hausbesuche bei allen älteren Einwohnern der Gemeinde durchzuführen, um auf die Arbeit des gemeindlichen Pflegedienstes aufmerksam zu machen. Zu unterstellen ist: Aus Sicht der Gemeinde als Träger des gemeindlichen Pflegedienstes sollen Wünsche nach formeller Pflege möglichst nicht geweckt, Bitten nach formeller Pflege möglichst nicht provoziert und Bedarf an formeller Pflege möglichst nicht forciert werden. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft ist grundsätzlich um eine pflichtgemäße Anwendung jenes Auswahlverfahrens bemüht gewesen.

Die Pflegekraft hat sich wahrscheinlich **in Prozessen der Fallbearbeitung** auf Basis **kontinuierlicher Bedarfsprüfungen** um eine **Begrenzung des Arbeitsaufkommens pro Fall** bemüht. Zu unterstellen ist: Formelle Pflegeprogramme einrichtend, hat die Pflegekraft nach Möglichkeit die **Arbeitszeiten pro Fall** beschränkt. Sie hat in den einzelnen Fällen möglichst sowohl die Anzahl der Einsatztage pro Woche, als auch die Anzahl der Einsätze pro Einsatztage, als auch die Verweildauer pro Einsatz begrenzt. Sie hat nach Möglichkeit nur Termine für Einsätze an regulären Einsatztagen (montags bis freitags) vergeben<sup>4676</sup>. Bedarfsweise hat sie auch Termine für Einsätze an Wochenenden reserviert<sup>4677</sup>. Wochenenddienst gilt als Notdienst<sup>4678</sup>. Sie hat je Fall möglichst nur einen Einsatz pro Einsatztage eingeplant<sup>4679</sup>. In einzelnen Fällen hat sie bedarfsweise auch zwei

---

<sup>4676</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4677</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4678</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4679</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch

Einsätze pro Einsatztag anberaumt<sup>4680</sup>. Drei Einsätze pro Einsatztag gelten je Fall als Maximum<sup>4681</sup>. Sie hat möglichst nur Termine für Einsätze zur Vormittagszeit vergeben<sup>4682</sup>. Bedarfsweise hat sie auch Termine für Einsätze zur Mittagszeit freigehalten<sup>4683</sup>. Die Vormittagszeit gilt als Hauptarbeitszeit<sup>4684</sup>. Sie hat pro Einsatz Verweildauern von fünfzehn Minuten<sup>4685</sup>, von dreißig Minuten<sup>4686</sup>, von fünfundvierzig Minuten<sup>4687</sup>, von dreißig bis fünfundvierzig Minuten<sup>4688</sup> und von sechzig Minuten<sup>4689</sup> eingeplant. Sie hat die Verweilzeiten pro Einsatz möglichst nach Bedarf gestaffelt<sup>4690</sup>. Eine Verweildauer von sechzig Minuten pro Einsatz gilt als Maximum<sup>4691</sup>. Sie hat die reservierte Arbeitszeit nach Möglichkeit eingehalten. Im Bedarfsfall hat sie sie auch überschritten<sup>4692</sup>. Zu unterstellen ist ferner: Formelle Pflegeprogramme einrichtend, hat die Pflegekraft möglichst auch die **Arbeitsleistungen pro Fall** beschränkt. Sie hat **Pflegeleistungen** möglichst nur nach Bedarf erbracht<sup>4693</sup>. Sie hat die Körperpflege bedarfsweise als Teilkörperpflege<sup>4694</sup> oder als Ganzkörperpflege<sup>4695</sup> durchgeführt. Sie hat bei Bedarf auch das Richten der Medikamente<sup>4696</sup>, die Dekubitusbehandlung<sup>4697</sup> und die Insulininjektion<sup>4698</sup> übernommen. Körperpflege und Mobilisation des Körpers gelten als Hauptarbeitsleistung<sup>4699</sup>. Sie hat ausgewählte Pflegeleistungen im Rahmen eines Pflegeeinsatzes mit ausgewählten **pflegenahen Leistungen** kombiniert: mit

---

Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4680</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4681</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4682</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4683</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4684</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4685</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4686</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4687</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4688</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4689</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4690</sup> EPI 6 als Ausreißer.

<sup>4691</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4692</sup> siehe EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4693</sup> Ausnahme: EPI 6.

<sup>4694</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4695</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4696</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4697</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4698</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4699</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).



pflegenahen Beratungsleistungen<sup>4700</sup>, mit pflegenahen Betreuungsleistungen<sup>4701</sup> und mit pflegenahen Hausarbeiten<sup>4702</sup>. Die zeitgleiche und zeitversetzte Kombination von Pflegeleistungen und pflegenahen Leistungen im Verlauf eines Pflegeeinsatzes erlaubt ihr, an der Begrenzung der Arbeitszeiten pro Fall festzuhalten. Einsätze, in denen das Pflegepersonal ausschließlich pflegenahen Leistungen verrichtet, bilden vermutlich die Ausnahme<sup>4703</sup>. Zu unterstellen ist auch: Die Pflegekraft hat beim Personaleinsatz nach Möglichkeit einerseits auf die Strategie des separaten Arbeitens, andererseits auf die Strategie des Arbeitens im Wechsels gesetzt<sup>4704</sup>. Sie hat, formelle Pflegeprogramme einrichtend, die **Personalmenge pro Einsatz** normalerweise auf ein Belegschaftsmitglied beschränkt<sup>4705</sup>. Ausnahmsweise hat sie die Personalmenge pro Einsatz auf zwei Belegschaftsmitglieder ausgeweitet<sup>4706</sup>. Sie hat normalerweise nicht die Personalmenge pro Einsatz, sondern die **Personalmenge pro Fall** ausgedehnt: Sie hat möglichst nicht nur selber formelle Pflege geleistet, sondern hat nach Möglichkeit auch Personalpersonen formelle Pflege leisten lassen, denen gegenüber sie weisungsberechtigt ist<sup>4707</sup>. Jene Strategie des Personalwechsels ermöglicht ihr, das Arbeitsaufkommen zu begrenzen, das ein Belegschaftsmitglied pro Fall zu bewältigen hat.

Naheliegender ist die Vermutung: Sich in Prozessen der Fallbearbeitung um kontinuierliche Bedarfsprüfungen bemühend, hat die Pflegekraft die Pflege im Rahmen der Pflegeeinsätze jeweils mit der Bedarfsprüfung kombiniert und hat den Bedarf an formeller Pflege im Verlauf der Pflegeeinsätze teils zeitgleich, teils zeitversetzt zur Pflege

---

<sup>4700</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4701</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4702</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4703</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4704</sup> siehe: ebd.

<sup>4705</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4706</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4707</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

überprüft. Sie hat auf diese Weise versucht, **Veränderungen** des Bedarfs an formeller Pflege zeitnah zu erfassen, um nach Möglichkeit zeitnah Veränderungen des formellen Pflegeprogramms vornehmen zu können. Sie hat das formelle Pflegeprogramm nicht als konstante, sondern als relativ variable Größe betrachtet: als Größe, mit der sie in Grenzen auf die Wahrnehmung veränderter Bedarfslagen reagieren kann.

- Sie hat den **Ausbau des formellen Pflegeprogramms** im Verlauf der Fallbearbeitung nach eigener Aussage als Möglichkeit genutzt, in begrenztem Umfang auf die Feststellung eines gestiegenen Bedarfs an formeller Pflege zu reagieren<sup>4708</sup>.
- Sie hat den **Abbau des formellen Pflegeprogramms** im Verlauf der Fallbearbeitung nach eigenen Angaben als Möglichkeit gewählt, in begrenztem Umfang auf den Nachweis eines gesunkenen Bedarfs an formeller Pflege zu reagieren<sup>4709</sup>.

Die Pflegekraft ist nach eigener Darstellung gleichwohl bemüht geblieben, in den Fallbestand übernommene Fälle im Falle eines sinkenden Bedarfs an formeller Pflege als Fälle im Bestand der Fälle zu behalten<sup>4710</sup>. Zu unterstellen ist: Sie begegnet in Prozessen der Fallauswahl und Fallbearbeitung sowohl Fällen mit hohem Pflegebedarf als auch Fällen mit geringem Pflegebedarf, sowohl Fällen mit mobilisierbarem familialem Netzwerk, als auch Fällen ohne mobilisierbares familiales Netzwerk. Zu unterstellen ist ferner: Sie ist sowohl in Prozessen der Fallauswahl als auch in Prozessen der Fallbearbeitung grundsätzlich bemüht, unterschiedliche Fälle unterschiedlich zu behandeln, gleiche Fälle gleich zu behandeln und Vorzugsbehandlungen zu vermeiden, um keine Fälle zu schaffen, die sich als Präzedenzfälle nutzen lassen.

Aus Sicht der Pflegekraft basieren Prozesse der Fallauswahl und Fallbearbeitung nach Möglichkeit auf dem **Vorrang informeller Pflege**. Sie hat **in Prozessen der Fallauswahl** vermutlich auf ein Verfahren gebaut, das auf den Vorrang informeller Pflege setzt: Es unterstellt, dass Angehörige sich bemühen, die häusliche Pflege solange wie möglich alleine sicherzustellen, und das Personal des gemeindlichen Pflegedienstes verständigen, sofern sie zu der Auffassung gelangen, dass sie die

---

<sup>4708</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4709</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4710</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

häusliche Pflege nicht mehr selbst sicherstellen können<sup>4711</sup>. Sie hat sich **in Prozessen der Fallbearbeitung** vermutlich auf den vorrangigen Einsatz von Ressourcen des familialen Netzwerkes gestützt, soweit sie es als nötig und möglich betrachtet hat. Anzunehmen ist: Sie betrachtet sowohl den Einsatz von Ressourcen des familialen Netzwerkes als auch den Einsatz von Ressourcen der ambulanten Pflegeorganisation als Möglichkeiten, Pflegebedarf zu decken. Anzunehmen ist allerdings auch: Sie betrachtet den Einsatz von Ressourcen des familialen Netzwerkes und den Einsatz von Ressourcen der ambulanten Pflegeorganisation keineswegs als gleichwertige Möglichkeiten, Pflegebedarf zu decken. Anzunehmen ist: In Prozessen der **Bedarfsprüfung** hat sie vorrangig Möglichkeiten erkundet, Pflegebedarf durch informelle Pflege zu bewältigen, und in Prozessen der **Bedarfsbearbeitung** hat sie versucht, (pflegende) Angehörige als Helfer an der Pflegearbeit zu beteiligen, soweit sie deren Beteiligung als **nötig und möglich** erachtet hat. Ist die Pflegekraft der Annahme, dass die Pflege im häuslichen Kontext sichergestellt werden kann und soll, sich indizierte Pflegeleistungen und Pflegezeiten aber nicht (allein) durch Einsatz von Personalpersonen abdecken lassen, unterstellt sie wahrscheinlich die Notwendigkeit, Angehörige als Helfer an der Pflegearbeit zu beteiligen. Geht sie von der Annahme aus, dass Angehörige Pflege leisten können und wollen, ohne dass deren Beteiligung bedenklich ist, unterstellt sie vermutlich die Möglichkeit, Angehörige als Helfer an der Pflegearbeit zu beteiligen. Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat sich die Pflegearbeit nicht in jedem Fall mit Angehörigen geteilt. Angehörige haben sich im Verlauf der Fallbearbeitung unter Umständen nicht (dauerhaft) engagiert, informelle Pflege zu leisten<sup>4712</sup>. Die anfallende Pflegearbeit ist **ohne Einsatz von Angehörigen** erledigt worden. Zu unterstellen ist ferner: In Fällen, in denen die Pflegekraft sich die Pflegearbeit mit Angehörigen geteilt hat, hat sie sich, formelle und informelle Pflege kombinierend, in Pflegeprozessen teils auf den **zeitgleichen Einsatz** von Angehörigen, teils auf den **zeitversetzten Einsatz** von Angehörigen gestützt. Angehörige haben im Verlauf der Fallbearbeitung teils in der Zeit während der Pflegeeinsätze<sup>4713</sup>, teils in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen<sup>4714</sup> informelle Pflegeleistungen erbracht. Die Pflegekraft hat nicht in jedem Fall einer mit Angehörigen geteilten Pflegearbeit auf den zeitgleichen Einsatz von Angehörigen gebaut: Sie hat Angehörige in der Zeit während eines Pflegeeinsatzes

---

<sup>4711</sup> vgl.: EPI 1 A1: 6.

<sup>4712</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4713</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4714</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

unter Umständen als Hilfskraft eingebunden, unter Umständen als Hilfskraft ausgegrenzt.

Wenn die Pflegekraft in Prozessen der Fallauswahl und Fallbearbeitung Angehörigen der „Hauptperson“<sup>4715</sup> begegnet, dann werden sie für sie vermutlich nicht nur als Personen wahrnehmbar, die in Prozessen der Sicherstellung der häuslichen Pflege als **Helfer** fungieren und informelle Unterstützung leisten, sondern auch als Personen, die (möglicherweise) im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege **hilfsbedürftig** sind und der formellen Unterstützung bedürfen, die die ambulante Pflegeorganisation bietet. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat nicht nur der Hauptperson, sondern auch für sie wahrnehmbaren Angehörigen jener Hauptperson in begrenztem Umfang formelle Unterstützung geboten, sofern sie deren formelle Unterstützung als **nötig und möglich** betrachtet hat. In Fällen, in denen sie formelle Pflege geleistet hat, hat sie den Angehörigen der zu pflegenden Person durch die **Übernahme von Pflegeleistungen** Unterstützung gewährt. Sie hat sich vermutlich um eine möglichst maßgeschneiderte Gestaltung jener Unterstützung bemüht: Hat sie die im Verlauf eines Einsatzes anfallenden Pflegeleistungen alleine verrichtet, ohne Angehörige Hilfestellung leisten zu lassen, hat sie ihnen pflegefreie Zeit geboten und sie zumindest für die Dauer des Einsatzes von informeller Pflege freigestellt<sup>4716</sup>. Hat sie die im Verlauf eines Einsatzes anfallenden Pflegeleistungen hingegen mit Hilfe von Angehörigen erledigt<sup>4717</sup>, hat sie ihnen zwar keine Auszeit von informeller Pflege geboten, hat sie aber vermutlich zumindest für die Dauer des Einsatzes von der Erledigung körperlich schwerer Pflegeleistungen freigestellt. Zu vermuten ist: In Fällen, in denen sie formelle Pflege geleistet hat, hat sie Angehörigen unter Umständen zusätzlich Unterstützung durch **Übernahme von pflegenahen Leistungen** geboten. Sie hat wahrscheinlich versucht, auch jene zusätzliche Unterstützung möglichst maßgeschneidert zu gestalten.

- Zu vermuten ist: Sie hat die Pflege der zu pflegenden Person im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes unter Umständen mit einer fallspezifischen Beratung der Angehörigen verbunden<sup>4718</sup>. Unter Umständen hat sie die Pflege der pflegebedürftigen Person im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes nicht nur mit der

---

<sup>4715</sup> EPI 3: 21.

<sup>4716</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4717</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4718</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

fallspezifischen Beratung, sondern auch mit der sozialen Betreuung der pflegenden Angehörigen kombiniert<sup>4719</sup>.

- Zu vermuten ist auch: Sie hat versucht, pflegende Angehörige durch Beratung zu beeinflussen, sich einer Angehörigengruppe anzuschließen, um eine Möglichkeit psychosozialer Betreuung jenseits der ambulanten Pflegeorganisation zu nutzen. Sie hat grundsätzlich Bedenken, sich im Verlaufe eines Pflegeeinsatzes auf eine psychosoziale Betreuung von pflegenden Angehörigen einzulassen<sup>4720</sup>.
- Nicht auszuschließen ist: Sie hat auch grundsätzlich Bedenken, sich im Verlauf eines Betreuungseinsatzes auf eine psychosoziale Betreuung von pflegenden Angehörigen einzulassen. Zu unterstellen ist: Sie definiert Betreuungseinsätze als Möglichkeit, unter Umständen zu pflegende Personen zu betreuen, nicht aber als Möglichkeit, den sie pflegenden Angehörigen eine Betreuung zukommen zu lassen.
- Hat sie im Einzelfall sowohl Pflegeeinsätze als auch Betreuungseinsätze durchgeführt, hat sie den Angehörigen vermutlich nicht nur eine pflegefreie Zeit durch Übernahme der Pflegeeinsätze geboten, sondern auch eine Auszeit von der Betreuung der pflegebedürftigen Person durch Übernahme der Betreuungseinsätze gewährt<sup>4721</sup>.

### 1.3.2. Handlungsstrategien im Rahmen der Koordinationsarbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat nicht nur Pflegearbeit, sondern auch **Koordinationsarbeit** geleistet. Sie hat Koordinationsleistungen erbracht, um den Auftrag zu erfüllen, sich im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege pflegebedürftiger Senioren zu beteiligen. Sie hat nicht nur in der Interaktion mit Belegschaftsmitgliedern, sondern auch in der Interaktion mit Mitgliedern der familialen Netzwerke Koordinationsarbeit geleistet. Sie hat sowohl in Prozessen der Fallauswahl als auch in Prozessen der Fallbearbeitung in der **Interaktion mit Angehörigen** Koordinationsleistungen erbracht<sup>4722</sup>. Sie hat zu

---

<sup>4719</sup> siehe: EPI (oder auch Kapitel 1.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4720</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.1. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4721</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4722</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit);

Koordinationszwecken mit ausgewählten Angehörigen kommuniziert. Sie hat nach Möglichkeit jene Angehörigen als Kontaktpersonen gewählt, die sie im Rahmen eigener Arbeitseinsätze als Personen wahrgenommen hat, die informelle Unterstützung leisten: sei es informelle Unterstützung durch Beteiligung an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses, sei es informelle Unterstützung durch Beteiligung an der Produktion von häuslichen Pflegeleistungen. Sie hat zu Koordinationszwecken nach Möglichkeit mit Angehörigen **von Angesicht zu Angesicht im Rahmen eigener Arbeitseinsätze** kommuniziert. Hat sich ihr im Rahmen eigener Arbeitseinsätze keine Möglichkeit geboten, zwecks Koordination Kontakt von Angesicht zu Angesicht herzustellen, hat sie schriftlich oder telefonisch Kontakt aufgenommen.

Die Pflegekraft hat wahrscheinlich sowohl in Prozessen der Fallauswahl als auch in Prozessen der Fallbearbeitung versucht, sich zu vergewissern: Sind kommunikative Leistungen von Angehörigen für die Arbeit in der formellen Pflege relevant? Aus Sicht der Pflegekraft erbringen Angehörige im Rahmen der Fallauswahl eine für die Arbeit in der formellen Pflege relevante Kommunikationsleistung. Anzunehmen ist: Normalerweise sind es Angehörige, die die **Bitte um formelle Pflege** formulieren<sup>4723</sup>. Hat die Pflegekraft im Rahmen der Fallauswahl festgestellt, dass Angehörige den Wunsch nach formeller Pflege artikuliert haben, hat sie wahrscheinlich **zeitnah** mit der **Prüfung des Bedarfs an formeller Pflege** begonnen. Im Rahmen der Fallauswahl Bedarfsprüfungen durchführend, hat sie sich vermutlich von folgenden Annahmen leiten lassen:

- Ein Wunsch nach formeller Pflege kann auf Bedarf an formeller Pflege verweisen. Wenn Angehörige den Wunsch nach formeller Pflege artikulieren, dann signalisieren sie das Eingeständnis, die Pflege im häuslichen Kontext nicht (allein) durch informelle Pflege sicherstellen zu können. Eine Bedarfsprüfung ist folglich angezeigt<sup>4724</sup>.
- Wenn Angehörige den Wunsch nach formeller Pflege artikulieren, dann signalisieren sie außerdem das Einverständnis mit einer Bedarfsprüfung. Sie erteilen der Pflegekraft die **soziale Berechtigung**, sachliche Notwendigkeiten

---

EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4723</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4724</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

und organisatorische Möglichkeiten zu prüfen, formelle Pflege zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege zu leisten<sup>4725</sup>.

Im Rahmen der Fallbearbeitung Bedarfsprüfungen kontinuierlich fortsetzend, hat sie vermutlich unterstellt: Die seitens der Angehörigen erteilte soziale Berechtigung zur Bedarfsprüfung gilt bis auf Widerruf<sup>4726</sup>. Sie hat sich im Rahmen der Bedarfsprüfungen wahrscheinlich auch auf die Kommunikation mit Angehörigen gestützt. Mit Angehörigen kommunizierend, hat sie vermutlich erkundet: Inwieweit kann und will die zu pflegende Person Alltag und Krankheit selber bewältigen? Inwieweit können und wollen die Angehörigen Pflege leisten? Im Rahmen der Bedarfsprüfungen hat sie sich wahrscheinlich von einer **bedarfsorientierten Haltung** leiten lassen: Sie ist nicht auf die Befriedigung des Wunsches nach formeller Pflege, sondern auf die Deckung eines Bedarfs an formeller Pflege bedacht gewesen. Sie hat geprüft: Besteht sowohl die sachliche Notwendigkeit als auch die organisatorische Möglichkeit, formelle Pflegearbeit zu leisten? Die Pflegekraft ist sich bewusst: In Prozessen der Fallbearbeitung können Angehörigen erneut Wünsche nach formeller Pflege entwickeln. Wenn sie in Prozessen der Fallbearbeitung mit Angehörigen interagiert, dann können deren Kommunikationsleistungen einerseits eindeutig auf einen Wunsch nach formeller Pflege verweisen, können andererseits aber auch Eindeutigkeit vermissen lassen. Zu unterstellen ist: Sie geht im Zweifelsfall von der Annahme aus, dass Angehörige, in Prozessen der Fallbearbeitung mit ihr interagierend, den Wunsch nach formeller Pflege haben erkennen lassen. Sie zieht es im Zweifelsfall vor, lieber einen Wunsch nach formeller Pflege versehentlich zu unterstellen, als einen Wunsch nach formeller Pflege irrtümlicherweise zu übersehen: nicht um den Wunsch nach formeller Pflege zu erfüllen, sondern um den Bedarf an formeller Pflege zeitnah zu prüfen<sup>4727</sup>. Die Pflegekraft ist sich bewusst: Sie kann sich nicht nur in Prozessen der Fallauswahl, sondern auch in Prozessen der Fallbearbeitung gefordert sehen, informelle Unterstützungswünsche von Angehörigen nach Bedarfsprüfung abzuwehren. Anzunehmen ist: Sie behält sich die Entscheidung über die im Fall des Falles zur **Abwehr informeller Unterstützungswünsche** zu wählende Verfahrensweise vor. Sie wählt möglicherweise die direkte Kommunikation mit Angehörigen: Sie selber erteilt Angehörigen eine Absage. Möglicherweise wählt sie aber auch die indirekte Kommunikation mit Angehörigen: Sie lässt Angehörigen durch die von ihr entsandte Vertretungskraft eine Absage

---

<sup>4725</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4726</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4727</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.2.2.5.1. aus Kapitel III dieser Arbeit).

erteilen<sup>4728</sup>.<sup>4729</sup> Die Pflegekraft nimmt normalerweise vermutlich eine passive Haltung gegenüber der Entwicklung eines Wunsches nach formeller Pflege ein: Sie ergreift im Rahmen der Einzelfallarbeit in der Regel keine Maßnahmen, um die Artikulation eines Wunsches nach formeller Pflege zu fördern. Jene passive Grundhaltung lässt sich begründen unter Berufung auf das Gebot, das Selbstbestimmungsrecht der Familienangehörigen zu berücksichtigen, und unter Berufung auf das dem Subsidiaritätsprinzip assoziierten Gebot, den Vorrang familialen Engagements zu wahren.

Die Pflegekraft hat Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm auf der Basis der eigenen Bedarfsprüfungen vermutlich zeitnah gefällt und zeitnah umgesetzt: sowohl die Grundsatzentscheidung zur Fallübernahme, als auch die Detailentscheidungen zur Fallbearbeitung. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat die **formellen Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals** im Rahmen der Kommunikation mit Angehörigen bedingt als Kommunikationsthema gewählt. Die Pflegekraft hat sich nach eigener Darstellung bemüht, Entscheidungen über Personaleinsätze in der formellen Pflegearbeit in der Kommunikation mit Angehörigen transparent zu machen. Sie hat Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm nach Möglichkeit vermutlich rechtzeitig **mitgeteilt**: soweit sie eine Mitteilung als opportun erachtet hat. Mitgeteilt hat sie wahrscheinlich sowohl Entscheidungen für Personaleinsätze<sup>4730</sup> als auch Entscheidungen gegen Personaleinsätze<sup>4731</sup>. Sie hat Angehörigen Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm vermutlich auch **erläutert**: soweit sie eine Erläuterung als opportun betrachtet hat. Sie hat wahrscheinlich nicht nur Entscheidungen für Personaleinsätze<sup>4732</sup>, sondern auch Entscheidungen gegen Personaleinsätze kommentiert<sup>4733</sup>. Entscheidungen über das formelle Pflegeprogramm erläuternd, hat sie Angehörigen vermutlich Einblick in **Bedingungen formeller Pflege** geboten. Hat sie Angehörigen auch Einblick in **Zielsetzungen formeller Pflege** gewährt?

---

<sup>4728</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4729</sup> Das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Verständnis von direkter und indirekter Kommunikation folgt den begrifflichen Definitionen von H. Reimann (1989: 345), O. Rammstedt (2007: 343), U. Schmitz und O. Rammstedt (2007: 344).

<sup>4730</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4731</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4732</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4733</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).



- Sie hat Angehörigen nach eigener Aussage unter Umständen versprochen, sie werde probieren, den Zustand der pflegebedürftigen Person zu verbessern<sup>4734</sup>. Sie weiß: Sie kann keine Garantie dafür übernehmen, dass sich eine Zustandsverbesserung erreichen lässt, und ist gut beraten, sich zu hüten, Angehörigen eine Zustandsverbesserung zu versprechen. Anzunehmen ist: Sie hat Angehörigen nicht die Zustandsverbesserung, sondern die Arbeit an der Zustandsverbesserung zugesichert<sup>4735</sup>. Sie hat auf die intendierte Handlungsfolge, die Zustandsverbesserung, verwiesen, und hat unterstellt, dass der Hinweis auf die intendierte Handlungsfolge Angehörige problemlos auf das gewählte Handlungsziel schließen lässt.
- Hat sie Angehörigen auch versprochen, sie werde versuchen, sie durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu entlasten? Sie weiß um die Begrenztheit der organisatorischen Möglichkeiten, die sie hat, Angehörigen Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zu bieten. Sie ist folglich gut beraten, sich zu hüten, Angehörigen Entlastung durch Übernahme von Pflegeeinsätzen zuzusichern. Anzunehmen ist: Sie hat es in der Kommunikation mit Angehörigen grundsätzlich unterlassen, deren Entlastung als intendierte Folge der Übernahme von Pflegeeinsätzen zu definieren. Sie hat es Angehörigen vermutlich überlassen, von Entlastung als erlebter Handlungsfolge auf Entlastung als gewähltes Handlungsziel zu schließen<sup>4736</sup>.

Im Rahmen von Resonanzprüfungen hat sie vermutlich erkundet: Lassen Kommunikationsleistungen von Angehörigen auf Widerstand gegen das formelle Pflegeprogramm schließen? Ist es angezeigt, Widerstand zu bearbeiten? Anzunehmen ist: Mit Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, hat die Pflegekraft nicht nur über formelle Unterstützungsleistungen des Pflegepersonals, sondern auch über **informelle Unterstützungsleistungen der Angehörigen** kommuniziert. Sofern sie es für opportun gehalten hat, hat sie sie auf **Ansprüche** hingewiesen, die sie hinsichtlich der Gewährung informeller Unterstützungsleistungen hat. Zu vermuten ist: Die Pflegekraft hat zu Beginn von Fallbearbeitungsprozessen unter Umständen stillschweigend den Anspruch gehegt, dass die Angehörigen sich fortgesetzt an der

---

<sup>4734</sup> vgl.: EPI 1 A1: 63; EPI 2: 45.

<sup>4735</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4736</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

**Organisation des häuslichen Pflegeprozesses** beteiligen sollen, indem sie in Zeiten während der Pflegeeinsätze als Kontaktpersonen fungieren<sup>4737</sup>. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung Verletzungen jenes stillschweigend gehegten Anspruches erlebt und hat auf wahrgenommene Verletzungen jenes Anspruches unterschiedlich reagiert.

- Anzunehmen ist: Mit Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, hat sie unter Umständen die **Kommunikation** über den (verletzten) Anspruch **gesucht**, den Anspruch **aber** nicht offen formuliert. Sie hat vermutlich unterstellt: Der eigene Kommunikationsbeitrag, eine gestellte Frage, lässt problemlos auf den zugrundeliegenden Anspruch schließen, dass die Angehörige in Zeiten der Pflegeeinsätze Ansprechbarkeit gewährleisten soll. Sie hat möglicherweise gehofft: Aufklärung zu leisten, trägt im Einzelfall zu einer Verbesserung sowohl der Qualität des Pflegeprozesses als auch der Qualität des Arbeitsklimas bei<sup>4738</sup>.
- Naheliegend ist die Vermutung: In der direkten Kommunikation mit Angehörigen, d.h. in der Kommunikation von Angesicht zu Angesicht, hat sie es unter Umständen auch **vermieden**, jene (verletzte) Anspruchshaltung zu thematisieren. Sie hat möglicherweise befürchtet: Aufklärung zu leisten, trägt im Einzelfall eher zu einer Verschlechterung der Qualität des Arbeitsklimas bei. Sie ist möglicherweise von der Annahme ausgegangen: Aufklärung zu unterlassen, gefährdet im Einzelfall (zumindest gegenwärtig) nicht die Qualität des Pflegeprozesses<sup>4739</sup>.

Nicht auszuschließen ist: Die Pflegekraft hat den Anspruch, dass Angehörige sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligen sollen, unter Umständen auch offen angemeldet<sup>4740</sup>. Anzunehmen ist ferner: Dass Angehörige sich an der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses beteiligen sollen, erstens ohne Versuche zu unternehmen, sie zu bestechen, und zweitens ohne Versuche zu starten, sie zu belehren, sind normalerweise stillschweigend gehegte Anspruchshaltungen der

---

<sup>4737</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit);

<sup>4738</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4739</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4740</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Pflegekraft<sup>4741</sup>. Die Pflegekraft hat nach eigener Darstellung Verletzungen jener Anspruchshaltungen erlebt. Wie hat sie reagiert?<sup>4742</sup>

- Mit der Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, hat sie es vermutlich unterlassen, eigene Unterstellungen offenzulegen: Sie hat vermutlich weder die Unterstellung, die Angehörige startet einen Bestechungsversuch, noch die Unterstellung, die Angehörige startet einen Belehrungsversuch, offen angesprochen. Sie hat wahrscheinlich die Befürchtung gehabt: Aufklärung über jene Unterstellungen zu leisten, trägt zu einer Verschlechterung des Arbeitsklimas bei.
- Anzunehmen ist: Im Falle des unterstellten Bestechungsversuches hat sie sich bemüht, fortgesetzte Versuche abzuwehren, den Pflegekräften Geldgeschenke zu bieten, indem sie die Entscheidung erläutert hat, keine Geldgeschenke anzunehmen. Anzunehmen ist ferner: Im Falle der unterstellten Belehrungsversuche hat sie die eigene Pflegepraxis der Praxis informeller Pflege nur angepasst, wenn sie der Auffassung gewesen ist, die Qualität der Pflegearbeit auf diese Weise nicht zu gefährden.<sup>4743</sup>

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat unter Umständen stillschweigend den Anspruch gehegt, dass Angehörige sich in häuslichen Pflegearrangements fortgesetzt an der **Produktion von Pflegeleistungen** beteiligen sollen<sup>4744</sup>. Ihre Reaktionen auf wahrgenommene Verletzungen des Anspruchs, dass Angehörige unter Umständen an der Produktion von Pflegeleistungen mitwirken sollen, sind wiederum unterschiedlich ausgefallen: Als sie im Einzelfall festgestellt hat, dass es in der Zeit **während** der Pflegeeinsätze an informeller Pflege mangelt, hat sie, mit der Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, die verbale **Kommunikation** über die (verletzte) Anspruchshaltung **vermieden**<sup>4745</sup>. Als sie im Einzelfall registriert hat, dass es in der Zeit **zwischen** den Pflegeeinsätzen an informeller Pflege mangelt, hat sie, mit der Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, die verbale **Kommunikation** über die (Verletzung der) Anspruchshaltung hingegen **gesucht**. Sie hat vermutlich

---

<sup>4741</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4742</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4743</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4744</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4745</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

befürchtet: Aufklärung zu unterlassen, wenn es in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen an informeller Pflege fehlt, gefährdet die Qualität der Pflegearbeit<sup>4746</sup>.

Einen Mangel an informeller Pflege erlebend, hat sie unter Umständen zwar die **direkte Kommunikation** mit Angehörigen gewählt, d.h. die Kommunikation von Angesicht zu Angesicht, hat **aber** den eigenen Anspruch nicht offen artikuliert. Möglicherweise hat sie unterstellt: Die eigenen Kommunikationsbeiträge, die Hinweise auf Belastungen und Handlungspläne des Pflegepersonals, lassen problemlos auf den Anspruch schließen, dass die Angehörige Pflegeleistungen übernehmen soll<sup>4747</sup>. Einen Mangel an informeller Pflege konstatierend, hat sie unter Umständen auch die **indirekte Kommunikation** mit Angehörigen gewählt: die Kommunikation mit Hilfe der von ihr entsandten Vertretungskraft. Das bedeutet: Unter Umständen hat die Pflegekraft versucht, Angehörige durch ein Belegschaftsmitglied, das sie im Vergleich zur eigenen Person als resoluter einschätzt, über den (verletzten) Anspruch aufklären zu lassen, dass sie informelle Pflege leisten sollen<sup>4748</sup>.

Nach eigener Darstellung ist die Pflegekraft unter anderem auch in häusliche Pflegearrangements eingebunden, in denen der Pflegefall noch nicht eingetreten ist, aber jederzeit eintreten kann. Hat sie den Angehörigen, denen sie in jenen Arrangements häuslicher Pflege begegnet, zu verstehen gegeben, dass sie sie gefordert sieht, sich (verstärkt) an der Produktion von Pflegeleistungen beteiligen, wenn in Zukunft ein im häuslichen Kontext zu bewältigender Pflegefall eintritt? Die Pflegekraft verfährt von Fall zu Fall unterschiedlich.

- Mit Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, hat sie die **Kommunikation** über Ansprüche an informelle Pflege, die sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles hegen würde, unter Umständen vermutlich **vermieden**. Sie hat möglicherweise unterstellt: Eine in die Zukunft weisende Aufklärung über Ansprüche an informelle Pflege führt im Einzelfall zu einer sich in der Gegenwart niederschlagenden Verschlechterung der Qualität des Arbeitsklimas<sup>4749</sup>.
- Anzunehmen ist: Mit Angehörigen von Angesicht zu Angesicht interagierend, hat sie unter Umständen zwar die **Kommunikation** über den Anspruch an informelle Pflege **gesucht**, den sie im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden

---

<sup>4746</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4747</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4748</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4749</sup> siehe: EPI 6 siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 6.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Pflegefalles hegen würde, hat **aber** den Anspruch nicht offen formuliert. Sie hat vermutlich unterstellt: Der eigene Kommunikationsbeitrag, der Hinweis auf die allgemeine Handlungspraxis pflegender Angehöriger, lässt problemlos auf den Anspruch schließen, dass die Angehörige im Falle eines im häuslichen Kontext zu bewältigenden Pflegefalles verstärkt informelle Pflege leisten soll<sup>4750</sup>.

Über Anspruchshaltungen kommunizierend, hat die Pflegekraft versucht, Angehörigen eine Handlungsanleitung zu bieten: Was sollen Angehörige, aus der Perspektive der Pflegekraft betrachtet, unter Umständen zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege tun? Wenn die Pflegekraft Ansprüche im Fall des Falles nicht offen formuliert, dann bleiben sie Angehörigen möglicherweise verborgen. Mit Angehörigen über Ansprüche zu kommunizieren, die deren Engagement im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege betreffen, kann bedeuten: Es lassen sich Vereinbarungen erzielen<sup>4751</sup>. Es lassen sich keine Vereinbarungen schließen<sup>4752</sup>.

Die Pflegekraft ist nach eigener Aussage im Rahmen der Koordinationsarbeit mit Angehörigen nicht nur um Förderung informeller Pflege, sondern auch um **Förderung individueller Selbsthilfe von pflegenden Angehörigen** bemüht<sup>4753</sup>. Sie stellt eigenem Bekunden nach fest: Bei der Arbeit in den Pflegehaushalten begegnet sie pflegenden Angehörigen, deren Belastungen sich im Rahmen der Pflegeeinsätze zwar wahrnehmen, aber nicht beheben lassen. Sie befürchtet wahrscheinlich: Persistierende Belastungen auf Seiten pflegender Angehöriger erzeugen Folgeprobleme. Sie gefährden die Stabilität häuslicher Pflegearrangements und führen zu einem Anstieg der Belastungen auf Seiten des Pflegepersonals. Sie ist vermutlich der Auffassung: Pflegende Angehörige sollen nach Möglichkeit nicht ausschließlich auf Entlastung durch Einsatz von Pflegepersonal setzen. Sie sollen sich nach Möglichkeit zusätzlich Entlastung verschaffen. Sie hofft wahrscheinlich: Wenn pflegende Angehörige Familienmitglieder aktivieren, vertretungsweise Pflege zu leisten, dann gewinnen sie pflegefreie Zeit<sup>4754</sup>. Wenn pflegende Angehörige an einer Angehörigengruppe teilnehmen, dann bearbeiten sie eigene Ängste, Sorgen und Aggressionen im Kontakt mit Gleichbetroffenen<sup>4755</sup>. Anzunehmen ist: Die Pflegekraft versucht, pflegende Angehörige, denen sie bei der Arbeit in den Pflegehaushalten begegnet, zu beeinflussen, sich Unterstützungsmöglichkeiten zu erschließen, die sich ihnen in Gestalt eines familialen Netzwerkes und in Gestalt einer Angehörigengruppe bieten. Zu unterstellen ist: Die

<sup>4750</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4751</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4752</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4753</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4754</sup> vgl.: ALI 1: 3.

<sup>4755</sup> vgl.: ALI 3: 36.

Pflegekraft setzt auf Förderung individueller Selbsthilfe pflegender Angehöriger als Möglichkeit, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren, und als Möglichkeit, nicht nur pflegenden Angehörigen, sondern auch sich selber Entlastung zu verschaffen.

Die Pflegekraft ist nach eigener Aussage ferner um **Förderung freiwilliger Hilfe von Gemeindemitgliedern** bemüht<sup>4756</sup>. Anzunehmen ist: Bei der Arbeit in den Pflegehaushalten begegnet die Pflegekraft Senioren, die nicht nur der Pflege bedürfen, sondern auch einen Bedarf an sozialer Betreuung erkennen lassen, der sich nicht allein durch Besuchsdienste der Pflegekraft decken lässt<sup>4757</sup>. Anzunehmen ist ferner: Die Pflegekraft hat ihren Beitrag zur Sicherstellung der sozialen Betreuung jener Senioren nicht auf die Durchführung eigener Betreuungseinsätze beschränkt. Sie hat zusätzlich versucht, freiwillige Betreuungseinsätze von Gemeindemitgliedern zu arrangieren. Sie hat nach eigener Aussage nicht nur den Versuch gestartet, ein eigens zur Durchführung freiwilliger Besuchsdienste geschaffenes soziales Netzwerk zu aktivieren, sondern hat nach eigener Auskunft auch den Versuch unternommen, ein eigens der Durchführung freiwilliger Besuchsdienste dienendes soziales Netzwerk zu schaffen. Anzunehmen ist: Sie setzt auf Förderung freiwilliger Hilfe von Gemeindemitgliedern als weitere Möglichkeit, um häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und um für eine Entlastung der eigener Person zu sorgen.

Über die **Zukunft des etablierten Unterstützungsarrangements** reflektierend, sortiert die Pflegekraft die einzelnen Fälle: Sie unterscheidet Fälle, in denen sie unterstellt, dass die häusliche Pflege sich dank der Kontinuität informeller Pflege bis zum Tod der pflegebedürftigen Person fortsetzen lassen wird, von Fällen, in denen sie unterstellt, dass sich die häusliche Pflege im Pflegefall möglicherweise wegen fehlender informeller Pflege nicht fortsetzen lassen wird. In Fällen, in denen sie die Heimpflege nicht ausschließt, kommuniziert sie vermutlich nicht unter allen Umständen mit Angehörigen über die Zukunft der Pflege im Pflegefall. Anzunehmen ist: Sie behält sich nach Möglichkeit die Entscheidung über die im Fall des Falles zu wählende Verfahrensweise vor. Sie behandelt die Zukunft der Pflege im Pflegefall möglicherweise als Kommunikationsthema in der Interaktion mit Angehörigen<sup>4758</sup>. Möglicherweise verwirft sie aber auch die Zukunft der Pflege im Pflegefall als Kommunikationsthema in der Interaktion mit Angehörigen<sup>4759</sup>. Anzunehmen ist ferner: In Fällen, in denen sie wahrnimmt, dass Familienmitglieder versuchen, sie an einem Entscheidungsfindungsprozess zu beteiligen, in dem die Entscheidung für oder wider die

---

<sup>4756</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4757</sup> vgl.: ALI 1: 17.

<sup>4758</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4759</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Heimpflege ansteht, gibt sie den Familienmitgliedern zu verstehen, dass sie ihnen jene Entscheidung keinesfalls abnehmen kann. Sie lässt in der Interaktion mit den Familienmitgliedern vermutlich keine Bereitschaft erkennen, sich auf eine Position für oder wider die Heimpflege festlegen zu lassen. Zu vermuten ist: Sie lässt in der Interaktion mit den Familienmitgliedern lediglich die Bereitschaft erkennen, Entscheidungshilfen zu bieten<sup>4760</sup>.

### 1.3.3. Handlungsstrategien im Rahmen der Fehlerarbeit

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft hat **Fehlerarbeit** geleistet, um den Auftrag zu erledigen, sich im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege pflegebedürftiger Senioren zu beteiligen. Sie hat sich um **Fehlervermeidung** bemüht. Sie ist nicht nur auf Vermeidung fremder Fehler<sup>4761</sup>, sondern auch auf Vermeidung eigener Fehler<sup>4762</sup> bedacht gewesen. Sie ist in Prozessen der Bestimmung des Bedarfs an (formeller) Pflege bestrebt gewesen, eigene Deutungsfehler zu vermeiden, um keine Handlungsfehler in der Pflegearbeit zu begehen. Sie hat sich wahrscheinlich bemüht, den formellen Pflegebedarf weder zu unterschätzen, noch zu überschätzen, um Patienten<sup>4763</sup> und pflegende Angehörige<sup>4764</sup> weder zu überfordern, noch zu unterfordern.

Die Pflegekraft hat in Prozessen der Bedarfsbestimmung nach eigener Darstellung selber sowohl Daten gesammelt, als auch Daten ausgewertet. Sie hat im Rahmen der **Datensammlung** wahrscheinlich eine Fülle pflegerelevanter Daten erhoben, um im Rahmen der Datenauswertung zu einer fundierten und differenzierten Einschätzung des Bedarfs an formeller Pflege zu gelangen. Sie hat den Prozess der Körperpflege gedanklich in die Pflege einzelner Körperteile zerlegt<sup>4765</sup>: in die Pflege des Oberkörpers und in die Pflege des Unterkörpers, in die Pflege der Körpervorderseite und in die Pflege der Körperrückseite. Um die Möglichkeiten und Grenzen eines Patienten, sich im

---

<sup>4760</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4761</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 3.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4762</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 3.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4763</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4764</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4765</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege selber zu behelfen, fallspezifisch zu erfassen, hat sie etwa dessen körperliche Fähigkeit erkundet, einzelne Körperpartien selbständig zu waschen. Auch hat sie den Pflegeprozess gedanklich in einen Prozess zerlegt, in dem sich Pflegeleistungen und Pflegezeiten theoretisch durch den Einsatz unterschiedlicher Arbeitskräfte abdecken lassen: vorrangig durch den Einsatz von Angehörigen, nachrangig durch den Einsatz von Pflegepersonal. Anzunehmen ist: Um die Möglichkeiten und Grenzen familialen Engagements fallspezifisch zu erkunden, hat die Pflegekraft nicht nur die Existenz von Angehörigen, sondern auch die Belastungen von Angehörigen ermittelt. Sie hat nicht nur deren Belastungen durch häusliche Pflegeleistungen<sup>4766</sup>, sondern auch deren Belastungen durch berufliche Verpflichtungen<sup>4767</sup> sowie deren Belastungen durch private Verpflichtungen im Rahmen von Haushaltsführung und Kindererziehung<sup>4768</sup> in Rechnung gestellt. Sie hat nicht nur die Belastungen von Angehörigen, sondern auch das Belastungsempfinden von Angehörigen berücksichtigt<sup>4769</sup>. Sie hat nicht nur die Belastungen von Angehörigen, sondern auch die Belastbarkeit von pflegerelevanten Familienbeziehungen<sup>4770</sup> erkundet. Die Pflegekraft hat im Rahmen der Datensammlung nach eigener Darstellung einen **Mehrmethoden- und Mehrperspektivenansatz** gewählt. Auf diese Weise hat sie dem Umstand Rechnung getragen, dass der Bedarf an (formeller) Pflege eine komplexe Größe ist. Jede Methode hat ihre Stärken und Schwächen. Jede Perspektive hat ihre blinden Flecken. Die Kombination von Methoden und Kombination von Perspektiven eröffnet die Möglichkeit, die Begrenztheiten einzelner Methoden und Perspektiven auszugleichen<sup>4771</sup>. Zu unterstellen ist: Sie hat die im Rahmen der Fallauswahl und Fallbearbeitung absolvierten Einsätze als Möglichkeit genutzt, in der Interaktion mit ausgewählten Familienmitgliedern **verbale Daten** zu sammeln, die Aufschluss sowohl über den Zustand der älteren Person, als auch über den Zustand ausgewählter Angehöriger und ausgewählter Familienbeziehungen geben (können). Zu unterstellen ist ferner: Sie hat verbale Daten mit **Beobachtungsdaten** kombiniert: Sie hat nicht nur fremde Kommunikationsleistungen, sondern auch eigene Beobachtungsleistungen in die Bedarfsbestimmung einfließen lassen. Sie hat jene Einsätze ferner als Möglichkeit genutzt, selber Beobachtungen anzustellen. Sie hat den Körper der zu pflegenden

<sup>4766</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4767</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4768</sup> siehe: EPI 6 (oder auch Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4769</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4770</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4771</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).



Person untersucht, hat deren körperliche Beweglichkeit studiert und hat unter Umständen auch Interaktionen zwischen ausgewählten Familienmitgliedern beobachtet. Unter Umständen hat sie vermutlich auch **experimentelle Verfahren** eingeleitet: Hat sie vermutet, dass der Bedarf an formeller Hilfe im Rahmen der Sicherstellung der Körperpflege gesunken ist, hat sie das formelle Pflegeprogramm probeweise abgebaut, hat den Testverlauf rekonstruiert, hat den rekonstruierten Testverlauf interpretiert und hat sich auf Basis jener Interpretation für oder wider den fortgesetzten Abbau des formellen Pflegeprogramms entschieden<sup>4772</sup>. Sie hat sich nach eigener Aussage nicht darauf beschränkt, nur die Perspektive von Familienmitgliedern zu erkunden. Sie hat nach eigenen Angaben vielmehr **Fallbesprechungen** als Möglichkeiten genutzt, auch die Perspektive weiterer Fachkräfte zu erfassen<sup>4773</sup>. Jene Fallbesprechungen eröffnen ihr die Möglichkeit, sich zwecks Fehlerarbeit durch Personen unterstützen zu lassen, die die Fallentwicklung und Fallbearbeitung auf Basis ihrer beruflichen Ausbildung und beruflichen Erfahrungen aus pflegerischer Sicht wie auch aus medizinischer und sozialarbeiterischer Sicht reflektieren: nicht auf Basis einer persönlichen, lebensgeschichtlich verankerten Verwicklung mit den Familienmitgliedern, denen die Pflegekraft im Rahmen der Fallbearbeitung begegnet. Sie hat unter Umständen vermutlich nicht nur von Fachkräften produzierte verbale Daten, sondern auch von Fachkräften verfasste schriftliche Daten in die eigene Bedarfsbestimmung einfließen lassen: Sie hat unter Umständen **Dokumente** wie ärztliche Verordnungen gesichtet<sup>4774</sup>. Unter Umständen hat sie sich auch auf **Dokumentationen** zur Fallbearbeitung gestützt<sup>4775</sup>.

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat sowohl im Rahmen der Datensammlung als auch im Rahmen der **Datenauswertung** einen **zirkulären Ansatz** gewählt. Sie hat im Verlauf der Fallbearbeitung kontinuierlich pflegerelevante Daten gesammelt und ausgewertet. Sie hat die Datensammlung zeitnah mit der Datenauswertung verbunden. Auf diese Weise hat sie dem Umstand Rechnung getragen, dass der Bedarf an (formeller) Pflege sowohl eine variable Größe als auch eine interpretationsbedürftige Größe darstellt: Veränderungen im Zeitverlauf und Deutungsfehler sind möglichst zeitnah aufzudecken. Sie hat im Rahmen der Datenauswertung einen **komparativen Ansatz** gewählt. Sie hat die gesammelten Daten vergleichend ausgewertet. Sie hat sie im Kontext des eigenen Fachwissens und im Kontext des eigenen beruflichen Erfahrungswissens ausgelegt. Sie hat **Zweifelsfälle** bei der Datenauswertung vermutlich regelmäßig behandelt.

---

<sup>4772</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4773</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 3.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4774</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4775</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Naheliegend ist die Vermutung: Sie zieht im Zweifelsfall eine Überschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen einer Unterschätzung des Bedarfs an (formeller) Hilfe beim Waschen vor<sup>4776</sup>. Naheliegend ist auch die Vermutung: Im Zweifelsfall zieht sie es vor, die Behandlungsbedürftigkeit von Patienten<sup>4777</sup> lieber irrtümlicherweise zu überschätzen als irrtümlicherweise zu unterschätzen.

Zu unterstellen ist: Die Pflegekraft ist nicht nur bemüht gewesen, eigene Handlungsfehler **in der Pflegearbeit** zu vermeiden<sup>4778</sup>, sondern sie ist auch bestrebt gewesen, eigene Handlungsfehler **in der Koordinationsarbeit** mit Angehörigen zu vermeiden<sup>4779</sup>. Sie hat die Bedarfsprüfungen vermutlich **nicht ohne** Einwilligung der Angehörigen vorgenommen<sup>4780</sup>. Sie hat wahrscheinlich unterstellt: Die im Kontext der Fallauswahl seitens der Angehörigen artikuliert Bitte um formelle Pflege lässt sich nicht nur als Einwilligung in die einmalige Bedarfsprüfung deuten, sondern lässt sich bis auf Widerruf auch als Einwilligung in die fortgesetzte Bedarfsprüfung auslegen. Mit Angehörigen interagierend, hat sie sich vermutlich bemüht, **keine falschen Hoffnungen** in Sachen Zielsetzung und Zielerreichung zu wecken<sup>4781</sup>, **keine Wünsche nach formeller Pflege** zu provozieren<sup>4782</sup>, die Qualität der informellen Pflege in der Zeit zwischen den Pflegeeinsätzen zu sichern<sup>4783</sup> und **keine falschen Anschuldigungen** zu erheben<sup>4784</sup>.

Anzunehmen ist: Die Pflegekraft hat sich im Rahmen der Fehlerarbeit nicht nur um Fehlervermeidung bemüht, sondern hat sich auch veranlasst gesehen, **Fehlerbearbeitung** zu betreiben. Sie hat nach eigener Darstellung Veranlassung gehabt, nicht nur fremde Fehler<sup>4785</sup>, sondern auch eigene Fehler<sup>4786</sup> zu bearbeiten. Eigene Fehler bearbeitend, hat sie vermutlich Reflexionen angestellt: Über Fehlerursachen reflektierend, hat sie die Frage nach der Verantwortung gestellt. Über

---

<sup>4776</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4777</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4778</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4779</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4780</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4781</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4782</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4783</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4784</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4785</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4786</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

Fehlerfolgen reflektierend, hat sie die Schadensfrage gestellt<sup>4787</sup>. Eigene Fehler bearbeitend, hat sie unter Umständen vermutlich auch Kurskorrekturen vorgenommen: sei es im Rahmen der Pflegearbeit, sei es im Rahmen der Koordinationsarbeit mit Angehörigen. Anzunehmen ist: Sie hat das formelle Pflegeprogramm aus gegebener Veranlassung abgebaut<sup>4788</sup> und hat das formelle Beratungsprogramm aus gegebener Veranlassung ausgebaut<sup>4789</sup>. Hat sie eigene Fehler in der Kommunikation mit Angehörigen thematisiert? Sie hat Angehörige vermutlich nicht unter allen Umständen über Fehler aufgeklärt, die sie selber gemacht hat.

- Anzunehmen ist: Mit Angehörigen interagierend, hat sie die **Kommunikation** über eigene Fehler **gesucht**<sup>4790</sup>, sofern sie der Auffassung gewesen ist, dass eine Aufklärung über eigene Fehler opportun ist und die Qualität des Arbeitsklimas nicht gefährdet. Aufklärung über eigene Kommunikationsfehler leistend, hat sie den Angehörigen vermutlich zu verstehen gegeben: Sie hat zwar einen Kommunikationsfehler begangen, ist aber um Schadensabwehr und Schadensbegrenzung bemüht. Aufklärung leistend, hat sie den Angehörigen vermutlich verdeutlicht: Sie hat absichtlich einen Kommunikationsfehler begangen, um einen für die Patientin folgenschweren informellen Behandlungsfehler abzuwehren<sup>4791</sup>, und sie hat unabsichtlich einen Kommunikationsfehler gemacht, sich aber um eine der Angehörigen nicht zum Schaden gereichende Fehlerbearbeitung bemüht<sup>4792</sup>.
- Anzunehmen ist ferner: Mit Angehörigen interagierend, hat sie die **Kommunikation** über eigene Fehler **gemieden**, sofern sie der Ansicht gewesen ist, dass eine Aufklärung über eigene Fehler keinesfalls opportun ist, sondern die Qualität des Arbeitsklimas gefährdet. Sie hat vermutlich sowohl in Situationen, in denen sie zu der Auffassung gelangt ist, sie hat einen Fehler in der Pflegearbeit begangen, der sich für die zu pflegende Person als nicht folgenschwer (Überschätzung des Bedarfs an formeller Hilfe beim Waschen, Unterforderung der zu pflegenden Person) erwiesen hat<sup>4793</sup>, als auch in einer Situation, in der sie

<sup>4787</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.2.2.2. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4788</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4789</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4790</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4791</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4792</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4793</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

zu der Ansicht gelangt ist, sie hat einen Fehler begangen, der sich für die Patientin als folgenschwer (Unterschätzung des Behandlungsbedarfs) hätte erweisen können<sup>4794</sup>, mit unterlassener Aufklärung reagiert.

#### 1.4. Die Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege: Handlungsfolgen in vergleichender Zusammenschau

Die Pflegekraft ist als Folge der Arbeit in der ambulanten Pflege wahrscheinlich massiven **Belastungen** ausgesetzt: einerseits Belastungen körperlicher Art, andererseits Belastungen seelischer Art<sup>4795</sup>. Zu unterstellen ist: Sowohl die Pflegearbeit, als auch die Koordinationsarbeit als auch die Fehlerarbeit ist für die Pflegekraft mit Belastungen verbunden. Belastend ist aus Sicht der Pflegekraft beispielsweise vermutlich, dass es für die **Pflegearbeit** keine Erfolgsgarantie gibt<sup>4796</sup> und dass sich in der Pflegearbeit unter Umständen keine Erfolgserlebnisse verzeichnen lassen. Die Zustandsentwicklung auf Seiten der Patienten kann jederzeit Anlass zur Besorgnis geben. Ungewiss ist nicht nur, ob sich Zustandsverbesserungen auf Seiten der Patienten wahrnehmen lassen. Ungewiss ist auch, ob sich Zustandsverbesserungen als Folge formeller Pflege auslegen lassen. Bleiben Erfolge formeller Pflege aus<sup>4797</sup>, fehlen der Pflegekraft Lichtblicke. Auch kann sich die Zustandsentwicklung auf Seiten der pflegenden Angehörigen jederzeit als besorgniserregend darstellen. Die Pflegekraft ist sich der Notwendigkeit bewusst, pflegende Angehörige zu entlasten. Sie ist sich aber auch der Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten bewusst, pflegenden Angehörigen Entlastung zu bieten. Sie mag die Übernahme von Pflegeeinsätzen zwar als Beitrag zur Entlastung von pflegenden Angehörigen definieren<sup>4798, 4799</sup>, hat jedoch weder eine Garantie dafür, dass Angehörige ihrerseits jenes Engagement des Pflegepersonals als entlastend erleben, noch hat sie eine Garantie dafür, dass jenes Engagement des Pflegepersonals beiträgt, die Belastbarkeit von Angehörigen zu wahren<sup>4800</sup>. Möglicherweise bleibt nicht nur die erwünschte Folge einer Übernahme von Pflegeeinsätzen aus: die Entlastung pflegender Angehöriger. Möglicherweise hat die Übernahme von Pflegeeinsätzen auch eine unerwünschte Folge: die Schwächung

---

<sup>4794</sup> siehe: EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.3.3. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4795</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 4 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4796</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 4 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4797</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4798</sup> vgl.: EPI 1 A1: 8.

<sup>4799</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 3 (oder auch Kapitel 3.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 4 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4800</sup> siehe: EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 7 (oder auch Kapitel 7.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

informeller Pflege<sup>4801</sup>. Zu unterstellen ist: Bereits die Befürchtung, dass es in Folge der Übernahme von Pflegeeinsätzen nicht zu der gewünschten Entlastung pflegender Angehöriger, sondern unerwünschter Weise zu einer Schwächung informeller Pflege kommt, ist belastend: nicht erst die Erfahrung der sich bewahrheitenden Befürchtung. Belastend ist aus Sicht der Pflegekraft ferner vermutlich, dass es auch für die **Koordinationsarbeit** mit Angehörigen keine Erfolgsgarantie gibt und dass Erfolgserlebnisse auch in der Koordinationsarbeit mit Angehörigen jederzeit ausbleiben können. Kommunikation mit Angehörigen ist voraussetzungs-voll. Die Pflegekraft hat kein Recht, Angehörigen Anweisungen zu erteilen. Versuche, Angehörige zu beeinflussen, damit sie sich im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege in einer Weise engagieren, die die Pflegekraft für angezeigt hält, können, müssen aber nicht erfolgreich sein. Mit Angehörigen über Unterstützungsziele und Unterstützungsleistungen zu kommunizieren, bietet keine Gewähr dafür, dass sich Kommunikationsstörungen vermeiden oder beheben lassen. Die Pflegekraft hat weder eine Garantie dafür, dass sich die Pflegearbeit zwischen Pflegepersonal und Angehörigen teilen lässt, noch hat sie eine Gewähr dafür, dass sich im Fall des Falles ein von Konflikten freies Arbeitsverhältnis zwischen Pflegepersonal und Angehörigen herstellen lässt. Dass die Koordination und Kooperation mit Angehörigen gelingt, ist aus Sicht der Pflegekraft vermutlich zu selten der Fall<sup>4802</sup>. Wenn die Koordination und Kooperation mit Angehörigen gelingt, dann besteht aus Sicht der Pflegekraft vermutlich ein häusliches Pflegearrangement, das sie als optimal betrachtet<sup>4803</sup>. Im Unterschied zur Arbeit in der Krankenhauspflege ist sie bei der Arbeit in der ambulanten Pflege vor Begegnungen mit Angehörigen nicht abgeschirmt. Im Gegenteil: Begegnungen mit Angehörigen sind für die Erledigung ihres Auftrags, sich im Rahmen sachlicher Notwendigkeiten und organisatorischer Möglichkeiten an der Sicherstellung der häuslichen Pflege pflegebedürftiger Senioren zu beteiligen, von zentraler Bedeutung. Angehörige können sich in Prozessen der Aufgabenerledigung aus Sicht der Pflegekraft als Segen, aber auch als Fluch erweisen. Versuche, informelle Pflege zu fördern<sup>4804</sup>, wie auch Versuche, die individuelle Selbsthilfe von pflegenden Angehörigen zu fördern<sup>4805</sup>, können jederzeit fehlschlagen. Nicht nur die **Arbeit mit Angehörigen**, sondern auch die **Arbeit ohne Angehörige** kann sich jederzeit zu einer Schreckensvision der Pflegekraft entwickeln. Sie weiß: Es kann im Einzelfall jederzeit erforderlich werden, Tag und Nacht Pflege zu

---

<sup>4801</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.2.2.3. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 2 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4802</sup> vgl.: EPI 1 A1: 82.

<sup>4803</sup> vgl.: ebd.: 82.

<sup>4804</sup> siehe: EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 4 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4805</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 4 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

leisten. Sie ist wahrscheinlich der Auffassung: Wenn informelle Pflege in einem Fall fehlt, in dem Tag und Nacht Pflege zu leisten ist, dann ist die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege gefährdet, dann sprengt jener Tag und Nacht umfassende Pflegebedarf nicht bloß die Möglichkeiten eines speziellen Organisationsmodells ambulanter Pflege<sup>4806</sup>, sondern die Möglichkeiten der Organisation ambulanter Pflege generell<sup>4807</sup>.

Belastend ist aus Sicht der Pflegekraft zudem vermutlich, dass es auch für die **Fehlerarbeit** keine Erfolgsgarantie gibt. Trotz aller Bemühungen, Fehler im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege zu vermeiden, bleibt die Möglichkeit, versehentlich Fehler zu begehen, allgegenwärtig. Somit bleiben auch die Schreckensvisionen der Pflegekraft bestehen: Sie begeht einen für Patienten folgenschweren Fehler. Sie wird, sei es zu Recht, sei es zu Unrecht, verdächtig, einen für Patienten folgenschweren Fehler begangen zu haben

Angesichts der massiven Belastungen, denen die Pflegekraft in der ambulanten Pflege ausgesetzt ist, tut **Entlastung** der Pflegekraft Not. Die Pflegekraft schöpft vermutlich alle sich ihr auf Organisationsebene, auf Ebene der Pflegehaushalte und auf Gemeindeebene bietenden Entlastungsmöglichkeiten aus. Zu unterstellen ist: Sie gestaltet den Arbeitsalltag in der ambulanten Pflege nach Möglichkeit so, dass Spielräume geschaffen werden und gewahrt bleiben, die auch der eigenen Entlastung dienen. Sie erlebt die Teilung des eigenen Arbeitstages in pflegezentrierte und pflegefreie Arbeitszeit sowie das Arbeiten im Personalwechsel als Entlastung. Anzunehmen ist: Sie erlebt auch die Kommunikation unter Pflegekräften als entlastend<sup>4808</sup>. Sie bewertet unter Umständen vermutlich auch das Engagement von Angehörigen als Beitrag zur eigenen Entlastung<sup>4809</sup>. Hoffnungen, dass Angehörige zur Entlastung des Pflegepersonals beitragen, können sich allerdings jederzeit zerschlagen<sup>4810</sup>. Zu vermuten ist: Ihren Versuch, pflegende Angehörige, denen sie bei ihrer Arbeit in den Pflegehaushalten begegnet, zu beeinflussen, im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege Unterstützungsmöglichkeiten zu nutzen, die sich ihnen in Gestalt eines familialen Netzwerkes und in Gestalt einer Angehörigengruppe bieten, betrachtet die Pflegekraft als Versuch, nicht nur Angehörigen, sondern auch sich selber Entlastung zu verschaffen<sup>4811</sup>. Ihren Versuch, Gemeindemitglieder zu beeinflussen, auf freiwilliger Basis Besuchsdienste zu übernehmen, um sich an der

---

<sup>4806</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 6 (oder auch Kapitel 6.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4807</sup> siehe: EPI 8 (oder auch Kapitel 8.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4808</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.3. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4809</sup> siehe: EPI 1 (oder auch Kapitel 1.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); ALI (oder auch Kapitel 4 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4810</sup> siehe: EPI 2 (oder auch Kapitel 2.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 4 (oder auch Kapitel 4.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit); EPI 5 (oder auch Kapitel 5.4.4. aus Kapitel III dieser Arbeit).

<sup>4811</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Sicherstellung der sozialen Betreuung jener älteren Klienten des gemeindlichen Pflegedienstes zu beteiligen, die einen Bedarf an sozialer Betreuung aufweisen, der sich nicht allein durch Besuchsdienste der Pflegekraft decken lässt<sup>4812</sup>, fasst sie vermutlich ebenfalls als Versuch auf, auch sich selber Entlastung zu verschaffen<sup>4813</sup>. Jene Versuche, durch Förderung individueller Selbsthilfe von pflegenden Angehörigen und durch Förderung freiwilliger Hilfe von Gemeindemitgliedern auch für eine Entlastung der eigenen Person zu sorgen, bleiben nach Darstellung der Pflegekraft weitestgehend erfolglos<sup>4814</sup>. Ein Königsweg ist nicht in Sicht. Die Pflegekraft ist gut beraten, alle sich bietenden Möglichkeiten zu nutzen, um Entlastung zu erfahren und belastbare Unterstützungsarrangements zu schaffen.

## **2. Diskussion der Untersuchungsergebnisse**

Die Kopplung zwischen formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements stellt das für die Zwecke dieser Arbeit gewählte Untersuchungsthema dar. Kennzeichnend für das Untersuchungsdesign ist die Wahl von Daten, die ein Praxismodell ambulanter Pflege reflektieren, das aus der Zeit vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung datiert. Eingangs wurde dargelegt: Das gewählte Untersuchungsthema ist von ungebrochener praktischer, sozialpolitischer und wissenschaftlicher Relevanz (Kapitel I 2). Die Untersuchungsergebnisse wurden sowohl im Detail (Kapitel III und IV) auch in einer zusammenfassenden Gesamtschau vorgestellt (Kapitel V 1). Bleibt abschließend zu klären: Wie ist es um die Relevanz der Untersuchungsergebnisse bestellt? Das Ergebnis der Klärung sei vorweggenommen: Auch zentrale Untersuchungsergebnisse zeugen von der Relevanz der vorliegenden Studie. Erstens vermögen sie ein Schlaglicht auf den Druck zu werfen, unter den das an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Pflegehaushalten agierende Pflegepersonal mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geraten ist. Zweitens fügen sie sich in den Stand der im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung betriebenen Forschung nahtlos ein, bieten aber aufgrund des gewählten methodischen Vorgehens detailliertere Einblicke in das Geschehen an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Pflegehaushalten. Und drittens vermögen sie neue Forschungsfragen anzuregen. Die vorliegende Arbeit fordert und fördert den Vergleich zwischen der Praxis ambulanter Pflege vor Einführung der gesetzlichen

---

<sup>4812</sup> vgl.: ALI 1: 17.

<sup>4813</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 3.2. aus Kapitel IV dieser Arbeit).

<sup>4814</sup> siehe: ALI (oder auch Kapitel 4 aus Kapitel IV dieser Arbeit).

Pflegeversicherung und der Praxis ambulanter Pflege im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung.

## **2.1. Die Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements: Ein Pflegemodell zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege vor und nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung**

Eingangs wurde bereits dargelegt: erstens dass die **Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege** zu den zentralen Zielsetzungen der gesetzlichen Pflegeversicherung gehört, zweitens dass die gesetzliche Pflegeversicherung zwecks Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege auch auf die Förderung einer Verflechtung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Pflegearrangements setzt.<sup>4815</sup> Dass die nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geführte wissenschaftliche Diskussion um die Sicherung der Pflege sich nicht nur darauf beschränkt, die Kopplung von formeller und informeller Pflege in häuslichen Kontexten als Zukunftsmodell der Pflege zu definieren, sondern sich auch darauf erstreckt, die mit der gesetzlichen Pflegeversicherung geschaffenen Rahmenbedingungen für Kopplungsprozesse in der ambulanten Pflege kritisch zu beleuchten, wurde eingangs bereits angedeutet.<sup>4816</sup> Jene wissenschaftliche Debatte über die **Folgen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Kopplungsprozesse in der ambulanten Pflege** lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Es wird erstens hervorgehoben, dass mit der gesetzlichen Pflegeversicherung Bedingungen geschaffen worden sind, die die Kopplung von formeller und informeller Pflege im Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege **erleichtern** (können). Es heißt: Zur Förderung der „Vernetzung zwischen formeller und informeller Pflegeleistungen“<sup>4817</sup> sind Weichenstellungen im Leistungsrecht verankert worden<sup>4818</sup>. Kopplungschancen eröffnen sich sowohl durch die Möglichkeit, Pflegesachleistungen<sup>4819</sup> in Anspruch zu nehmen, als auch durch die Möglichkeit, Pflegesachleistungen in Kombination mit Pflegegeld<sup>4820</sup> zu beanspruchen<sup>4821</sup>. Kopplungschancen können sich ferner bei Abruf von Beratungsleistungen<sup>4822</sup> ebenso wie

---

<sup>4815</sup> siehe Kapitel 2.2. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4816</sup> siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4817</sup> Zeman 2000: 261.

<sup>4818</sup> vgl.: Zeman 1996: 19; Zeman 1999: 376; Zeman 2000: 101.

<sup>4819</sup> vgl.: § 36 SGB XI.

<sup>4820</sup> vgl.: § 38 SGB XI.

<sup>4821</sup> vgl.: ZEMAN 1996: 19; ZEMAN 2000: 101.

<sup>4822</sup> vgl.: §§ 7, 7a, 37 Abs. 3, 45 SGB XI.



bei Abruf von Betreuungsleistungen<sup>4823</sup> ergeben. Es wird zweitens betont, dass mit der gesetzlichen Pflegeversicherung aber auch Bedingungen geschaffen worden sind, die die Kopplung von informeller und formeller Pflege im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege **erschweren** (können). Es heißt: Es gibt zu wenig gesetzlich verankerte Anreize für die Kopplung von formeller und informeller Pflege<sup>4824</sup>. Die gesetzlich verankerten Weichenstellungen sind nicht optimal<sup>4825</sup>. Es heißt ferner: Der mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geschaffene regulierte Pflegemarkt<sup>4826</sup> hat in Sachen Kopplung von formeller und informeller Pflege zu unerwünschten Nebenwirkungen geführt. Die Konstruktion des Pflegeversicherungsgesetzes weist Widersprüchlichkeiten auf: Die Orientierung an dem Modell eines regulierten Pflegemarktes kollidiert mit der Orientierung an einem Kooperationsmodell häuslicher Pflege. Die gesetzliche Pflegeversicherung konfrontiert die Anbieter häuslicher Pflegehilfe mit den Geboten ökonomischer Effizienz und bürokratischer Rationalität, sofern sie Leistungen auf Basis des Pflegeversicherungsgesetzes erbringen. An ökonomischer Effizienz und bürokratischer Rationalität ausgerichtete häusliche Pflegehilfe<sup>4827</sup> ist aber für Pflegehaushalte von begrenzter Attraktivität<sup>4828</sup>. Die Verrechtlichung und Ökonomisierung in der Pflege, eine durch die gesetzliche Pflegeversicherung mit provozierte Entwicklung, hat die Entfaltung gemischter Arrangements häuslicher Pflege in starkem Maße behindert<sup>4829</sup>.

- Die gesetzlich geförderte Ökonomisierung ambulanter Pflege<sup>4830</sup> hat die existierenden Kompatibilitätsprobleme im Verhältnis von formeller und informeller Pflege nicht entschärft, sondern weiter verschärft<sup>4831</sup>. Es sind „neue Kooperationsbarrieren“<sup>4832</sup> entstanden. Die ökonomisierten Pflegeangebote wirken abschreckend: Die in Privathaushalten kursierenden Auffassungen über die Pflegequalität<sup>4833</sup> stehen im Widerspruch zu Angeboten „einer nach Minuten getakteten Pflege“<sup>4834</sup>. Dem lebensweltlichen Verständnis von Pflegequalität widerspricht eine Pflege, die im Zeittakt erfolgt, auf Senkung der Kosten und

<sup>4823</sup> vgl.: § 45b SGB XI.

<sup>4824</sup> vgl.: Zeman 2000: 208; Zeman 1999: 381.

<sup>4825</sup> vgl.: Zeman 2000: 101; Zeman 1996: 19.

<sup>4826</sup> vgl.: Blüher/Stosberg 2005a: 177; Blüher/Stosberg 2005b: 353; Gerlinger/Röber 2009: 24.

<sup>4827</sup> vgl.: vgl.: Blüher/Stosberg 2005b: 363.

<sup>4828</sup> vgl.: Pfau-Effinger/Och/Eichler 2008: 88.

<sup>4829</sup> vgl.: Blaumeiser/Klie 2002: 170; Klie/Blaumeiser 2002: 150.

<sup>4830</sup> vgl.: Blaumeiser/Klie 2002: 170; Klie/Blaumeiser 2002: 150; Pfau-Effinger/Och/Eichler 2008: 85.

<sup>4831</sup> vgl.: Zeman 1999: 377; Zeman 2000: 121.

<sup>4832</sup> Zeman 1997: 108.

<sup>4833</sup> Pfau-Effinger/Och/Eichler 2008: 95.

<sup>4834</sup> ebd.: 94.

Steigerung der Erlöse bedacht ist<sup>4835</sup>. Privathaushalte versuchen, „den Einbruch der betriebswirtschaftlich rationalisierten Pflege in die Lebenswelt“<sup>4836</sup>, nach Möglichkeit zu vermeiden.

- Auch die gesetzlich geförderte Verrechtlichung<sup>4837</sup> und Bürokratisierung ambulanter Pflege<sup>4838</sup> hat zu einer Verschärfung bestehender Kopplungsprobleme geführt. Die mit der Pflicht zur Qualitätssicherung verbundene Tendenz zu weiterer Bürokratisierung erschwert die Entwicklung gemischter Arrangements häuslicher Pflege<sup>4839</sup>. Die wachsende Bürokratisierung der Pflege, die mit der Verpflichtung zur Sicherung der Pflegequalität einhergeht, verstärkt die Diskrepanz zur lebensweltlichen Pflegekultur. Auch bürokratisierte Pflegeangebote haben abschreckende Wirkung<sup>4840</sup>. Privatpersonen befürchten das „Eindringen bürokratischer Strukturen in die Lebenswelt“<sup>4841</sup> im Falle einer Wahl von Pflegesachleistungen und versuchen, die Bürokratisierung des Pflegeprozesses durch Wahl von Pflegegeld vermeiden<sup>4842</sup>.

Denkbar sind zwei Szenarien: erstens dass die Sicherstellung der häuslichen Pflege nach wie vor die alleinige Aufgabe von Angehörigen bleibt und zweitens dass die häusliche Pflege von Angehörigen und Pflegekräften ambulanter Pflegeorganisationen gemeinsam sichergestellt wird. Neuere wissenschaftliche Studien, die jenes zweite Szenario in der Zeit nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung beleuchten, kommen zu dem Ergebnis: Die zeitlichen Handlungsspielräume des an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Privathaushalten agierenden Pflegepersonals stellen die kritische Größe für jene Interaktionsprozesse dar, die in gemischten Arrangements häuslicher Pflege zu bewerkstelligen sind. Die „Tour“<sup>4843</sup> und die mit Zeitvorgaben versehenen Einsätze<sup>4844</sup> während einer Tour bilden den Rahmen für die Gestaltung von Interaktionsprozessen<sup>4845</sup>. Unter der Bedingung von „ökonomischer Effizienz und bürokratischer Rationalität“<sup>4846</sup> stellt die **Begrenztheit von Zeit** an sich **kein Novum** für die Gestaltung von Interaktionsprozessen an der Nahtstelle

---

<sup>4835</sup> Zeman 1999: 377; Zeman 2000: 122.

<sup>4836</sup> Zeman 2000: 205.

<sup>4837</sup> vgl.: Blaumeiser/Klie 2002: 170; Klie/Blaumeiser 2002: 150.

<sup>4838</sup> vgl.: Zeman 2000: 263; Zeman 2005b: 331.

<sup>4839</sup> vgl.: Zeman 2005b: 331.

<sup>4840</sup> vgl.: Zeman 2000: 263.

<sup>4841</sup> Zeman 2005b: 318.

<sup>4842</sup> vgl.: Zeman 2000: 205.

<sup>4843</sup> Holle 2004: 44.

<sup>4844</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>4845</sup> vgl.: ebd.: 44.

<sup>4846</sup> Blüher/Stosberg 2005b: 363.

zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Privathaushalten dar. Es heißt: Zeitdruck hat auch „schon vor der Einführung der Pflegeversicherung“<sup>4847</sup> bestanden. Vielmehr bildet das **Ausmaß der Begrenzung von Zeit** ein **Novum** für die Gestaltung von Interaktionsprozessen an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Privathaushalten. Es heißt: „Die vormals existierenden Zeitreserven sind geschrumpft“<sup>4848</sup>. Es gilt, „mit immer weiter eingeschränkten Zeitressourcen auszukommen“<sup>4849</sup>. In den Interaktionsprozessen, die im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Privathaushalten zu bewerkstelligen sind, herrscht nicht nur Zeitdruck<sup>4850</sup>, sondern es besteht auch ein Mangel an Zeit<sup>4851</sup>. Bei einem zu knappen Zeitbudget kollidiert die Anforderung, formelle Pflegearbeit zu leisten, mit der Anforderung, eine Arbeitsbeziehung aufzubauen und zu pflegen<sup>4852</sup>. Aufbau und Pflege einer Arbeitsbeziehung ist aber notwendig, um formelle Pflegearbeit leisten zu können. Folglich ist es notwendig, Arbeitszeit zu haben, die sich in die Ausgestaltung einer Arbeitsbeziehung investieren lässt<sup>4853</sup>. Es braucht Spielräume für Kommunikationsleistungen<sup>4854</sup>, um eine von Vertrauen geprägte Arbeitsbeziehung aufbauen<sup>4855</sup> und einen Arbeitskonsens herstellen zu können<sup>4856</sup>, der eine Verständigung über die Pflegeziele, über die Verfügbarkeit formeller und informeller Ressourcen und über deren Einbindung in ein gemeinsames Pflegearrangement beinhaltet<sup>4857</sup>. Spielräume für Kommunikationsleistungen sind jedoch gefährdet<sup>4858</sup>. Um Zeitnischen für Kommunikation muss gerungen werden<sup>4859</sup>. Die zu leistende Dokumentationsarbeit wird als bürokratischer Aufwand betrachtet, der betrieben werden muss, aber Zeit absorbiert<sup>4860</sup>, die für die Arbeit an der Beziehung fehlt, die im Rahmen der Sicherstellung der häuslichen Pflege sowohl zu pflegebedürftigen Personen als auch zu Familienangehörigen pflegebedürftiger Personen einzugehen ist<sup>4861</sup>.

Die vorliegende Arbeit, die auf ein Praxismodell ambulanter Pflege rekurriert, das aus der **Zeit vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung** datiert, legt den

<sup>4847</sup> Barthelme/Garms-Homolová/Polak 1999: 266.

<sup>4848</sup> ebd.: 266.

<sup>4849</sup> Boucsein/Grunow 2002: 54.

<sup>4850</sup> vgl.: Barthelme/Garms-Homolová/Polak 1999: 266; Boucsein/Grunow 2002: 30; Blüher/Stosberg 2005b: 356; Stiller-Harms 2007: 138; Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2008: 162.

<sup>4851</sup> vgl.: Zeman 2000: 263; Boucsein/Grunow 2002: 30; Blüher/Stosberg 2005b: 357, 360.

<sup>4852</sup> vgl.: Blüher/Stosberg 2005b: 360.

<sup>4853</sup> vgl.: Boes 2002: 91; Blüher/Stosberg 2005b: 360.

<sup>4854</sup> vgl.: Zeman 1998a: 79; Zeman 1998b: 120.

<sup>4855</sup> vgl.: Zeman 2002: 160.

<sup>4856</sup> vgl.: Zeman 1998a: 71; Zeman 1998b: 112.

<sup>4857</sup> vgl.: Zeman 1998a: 72; Zeman 1998b: 112.

<sup>4858</sup> vgl.: Garms-Homolová/Roth 2004: 112; Pfau-Effinger/Och/Eichler 2008: 95.

<sup>4859</sup> Zeman 2000: 192.

<sup>4860</sup> Stemmer 2006: 1.

<sup>4861</sup> vgl.: Blüher/Stosberg 2005b: 357; Stemmer 2009a: 9.

Schluss nahe, dass sich die Rahmenbedingungen für Kopplungsprozesse in der ambulanten Pflege mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht verbessert haben. Sie zeigt: Die beobachtete Pflegekraft, die sowohl mit Leitungs- als auch mit Durchführungsfunktionen betraut war, hatte vergleichsweise größere Spielräume zur Gestaltung von Interaktionsprozessen an der Nahtstelle zwischen ambulanter Pflegeorganisation und Privathaushalten. Sie hatte die Möglichkeit, sich ihre Arbeitszeit in relativer Selbständigkeit einzuteilen: Sie erhielt keine Zeitvorgaben. Sie hat vielmehr selber den Zeitbedarf für Pflegeeinsätze sowohl unter Beachtung organisatorischer Möglichkeiten, als auch unter Berücksichtigung sachlicher Notwendigkeiten festgelegt. Sie hatte die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit relativ frei von der Verpflichtung zur Dokumentationsarbeit zu nutzen. Sie zeigt ferner: Die beobachtete Pflegekraft war in Interaktionsprozessen auch gefordert, sich mit Angehörigen zu pflegender älterer Menschen zu arrangieren. Sich dieser Anforderung zu stellen, war nicht in ihr persönliches Belieben gestellt, sondern bedingt durch die Organisation der ambulanten Pflege eine Anforderung, die es zwecks Sicherstellung der häuslichen Pflege zu meistern galt (und gilt).

Wissenschaftliche Studien, die die Praxis ambulanter Pflege in der **Zeit nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung** beleuchten, zeigen, dass die Koordination und Kooperation mit Angehörigen keineswegs an Bedeutung verloren hat. Es heißt erstens: Die „Tour“<sup>4862</sup> und die mit Zeitvorgaben versehenen Einsätze<sup>4863</sup> während einer Tour bilden den Rahmen nicht nur für die Interaktion mit Patienten, sondern auch für die Interaktion mit Angehörigen. Es heißt zweitens: Die Interaktion mit Angehörigen ist ein zentraler Bestandteil von Arbeitsprozessen in der ambulanten Pflege. Im Zentrum der Interaktion mit Angehörigen steht die Sicherstellung der häuslichen Pflege der pflegebedürftigen Person<sup>4864</sup>. Wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit der Praxis ambulanter Pflege in der Zeit nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung befassen, diagnostizieren nicht nur, dass Koordinations- und Kooperationsprozesse mit Familienangehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen keinen Bedeutungsverlust erfahren haben. Sie prognostizieren auch, dass Koordinations- und Kooperationsprozesse mit Familienangehörigen künftig weiter an Bedeutung gewinnen werden<sup>4865</sup>.

Wird ein über jenen **Grobvergleich** hinausgehender **Detailvergleich** zwischen der vorliegenden Arbeit, die auf die Praxis ambulanter Pflege in der Zeit vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung Bezug nimmt, und Arbeiten angestellt, die sich auf die

---

<sup>4862</sup> Holle 2004: 44.

<sup>4863</sup> vgl.: ebd.: 48.

<sup>4864</sup> vgl.: Büscher 2007: 97.

<sup>4865</sup> vgl.: Schaeffer/Büscher/Ewers 2008: 360.

Praxis ambulanter Pflege im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen, zeigt sich die **Konvergenz von Forschungsergebnissen**. Vier Beispiele konvergenter Befunde seien angeführt. Erstens lässt sich festhalten, auch Studien aus der Zeit nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung zeigen: Wenn Pflegekräfte ambulanter Pflegeorganisationen gefordert sind, an einem Prozess der Sicherstellung häuslicher Pflege mitzuwirken, dann sind sie auch gefordert, sich an einem **Prozess der Organisation von Unterstützung** zu beteiligen. Sie sind bestrebt, den pflegebedürftigen Personen und deren Familienangehörigen ein formelles Unterstützungsprogramm zu bieten, das sich für sie guten Gewissens verantworten lässt<sup>4866</sup>; das einerseits der eigenen „professionellen Einschätzung“<sup>4867</sup> Rechnung trägt und am Bedarf orientiert ist, das andererseits auch „die Bedürfnisse und Anliegen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen“<sup>4868</sup> berücksichtigt. Jener Prozess der Organisation von Unterstützung stellt sich für sie als **permanenter Kommunikationsprozess** dar: als Prozess, in dem sie auch mit **Angehörigen** beständig kommunizieren. Teils nutzen sie sich bietende Gelegenheiten zur Kommunikation mit Angehörigen während des Vollzugs von Pflegeleistungen. Teils schaffen sie Gelegenheiten zur Kommunikation mit Angehörigen vor oder nach dem Vollzug von Pflegeleistungen<sup>4869</sup>. Sie suchen die Kommunikation mit Angehörigen nicht nur in dem Bemühen, zu einer **Situationsdefinition** zu gelangen<sup>4870</sup>, sondern auch in dem Bestreben, sich mit ihnen über das der **Situationsbearbeitung** dienende formelle Unterstützungsprogramm zu verständigen. Sie kommunizieren mit Angehörigen: um das eigene Engagement zu erläutern<sup>4871</sup>, um um Verständnis für das eigene Engagement zu werben<sup>4872</sup>, aber auch um Anspruchshaltungen an das Engagement von Angehörigen zu verdeutlichen<sup>4873</sup>. Die vorliegende Arbeit vermag somit die These zu stützen, dass das Management von Unterstützung im Sinne der Organisation und Koordination von Unterstützungsleistungen „zu den angestammten Aufgaben ambulanter Pflege“<sup>4874</sup> zählt. Zweitens sei darauf hingewiesen, auch Studien aus der Zeit nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung kommen zu dem Ergebnis: Der **Prozess formeller Unterstützung** stellt in erster Linie ein Prozess dar, der auf die **Unterstützung von pflegebedürftigen Personen** gerichtet ist. Sie stehen im Mittelpunkt der

---

<sup>4866</sup> vgl.: Holle 2004: 67.

<sup>4867</sup> ebd.: 75.

<sup>4868</sup> ebd.: 76.

<sup>4869</sup> vgl.: Büscher 2007: 102.

<sup>4870</sup> vgl.: Holle 2004: 75f; Büscher 2007: 98.

<sup>4871</sup> vgl.: Büscher 2007: 97.

<sup>4872</sup> vgl.: Heusinger/Klunder 2005a: 394.

<sup>4873</sup> vgl.: Büscher 2007: 98.

<sup>4874</sup> Schaeffer 2000: 22f.

Aufmerksamkeit des Pflegepersonals<sup>4875</sup>. Pflegekräfte sind bestrebt, pflegebedürftigen Personen einen solange wie möglich währenden Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen<sup>4876</sup>, ihre Selbständigkeit<sup>4877</sup> und ihr Wohlbefinden soweit möglich zu wahren und zu fördern<sup>4878</sup>. Bemüht, Unterstützung nicht nur selber zu leisten, sondern auch leisten zu lassen, binden Pflegekräfte **Angehörige als Helfer** in den Pflegeprozess ein<sup>4879</sup>. Drittens sei vermerkt, auch Studien aus dem Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung zeigen: Der Prozess formeller Unterstützung lässt sich nicht nur als Prozess der Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, sondern auch als Prozess der **Unterstützung von Angehörigen** betrachten. Die primäre Verantwortung für die Patienten und deren Wohlergehen wird um eine begrenzte Verantwortung für die Angehörigen und deren Wohlergehen ergänzt.<sup>4880</sup> Pflegekräfte nehmen wahr, dass Angehörige **hilfsbedürftig** sind und folglich nicht (umstandslos) als Helfer eingebunden werden können: Wenn sie feststellen, dass Angehörige durch die Pflege überfordert sind, dann bemühen sie sich, sie durch Rat und Tat zu unterstützen<sup>4881</sup>. Sie sind im Bedarfsfall bestrebt, Angehörige auf indirekte Weise zu unterstützen: durch Übernahme von Pflegeleistungen<sup>4882</sup>. Sie sind im Bedarfsfall auch bestrebt, Angehörige auf direkte Weise zu unterstützen: durch Beratungsleistungen<sup>4883</sup> und Betreuungsleistungen<sup>4884</sup>. Einerseits wird erklärt: Die Entlastung von Angehörigen ist Mittel zum Zweck der Sicherstellung der häuslichen Pflege<sup>4885</sup>. Andererseits wird erklärt: Die Unterstützung, die Angehörige durch Pflegekräfte erfahren, trägt zu einer Entlastung der Angehörigen bei<sup>4886</sup>. Die These, dass die Unterstützung von Angehörigen bereits vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung in der Praxis der ambulanten Pflege verankert war<sup>4887</sup>, lässt sich durch die vorliegende Arbeit untermauern. Viertens sei schließlich angemerkt, auch Studien aus der Zeit nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung machen darauf aufmerksam, dass nicht nur die **Arbeit ohne Angehörige** für Pflegekräfte

---

<sup>4875</sup> vgl.: Büscher 2007: 83.

<sup>4876</sup> vgl.: Boes 2002: 48; Boes 2003: 349; Büscher 2007: 79.

<sup>4877</sup> vgl.: Boes 2002: 50; Boes 2003: 351; Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2008: 151.

<sup>4878</sup> vgl.: Boucsein/Grunow 2002: 29; Boes 2002: 50; Boes 2003: 351.

<sup>4879</sup> vgl.: Boes 2002: 52; Büscher 2007: 98.

<sup>4880</sup> Dass Pflegekräfte eine primäre Verantwortung für die Patienten und deren Wohlergehen und eine begrenzte Verantwortung für Angehörige und deren Wohlergehen tragen, zeigt auch die Pflegedienst-Studie aus Westfalen, die aus der Zeit vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung datiert (Evers 1993: 249; 267; Evers/Olk 1995a: 69; Evers/Olk 1995b: 95). In diese Richtung weisen auch die Befunde der Studie Twigg und Atkin (1994: 72ff) aus Nordengland.

<sup>4881</sup> vgl.: Boes 2002: 51.

<sup>4882</sup> vgl.: Boes 2002: 51f; Büscher 2007: 105f.

<sup>4883</sup> vgl.: Büscher 2007: 106.

<sup>4884</sup> vgl.: Heusinger/Klunder 2005b: 185.

<sup>4885</sup> vgl.: Büscher 2007: 105f.

<sup>4886</sup> vgl.: Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2008: 161.

<sup>4887</sup> vgl.: Zeman 1996: 18; Zeman 2000: 101.

belastend ist<sup>4888</sup>, sondern dass auch die **Arbeit mit Angehörigen** für Pflegekräfte belastend sein kann<sup>4889</sup>.

Ein Detailvergleich zwischen der vorliegenden Arbeit, die sich auf die Praxis ambulanter Pflege in der Zeit vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung bezieht, und Arbeiten, die auf die Praxis ambulanter Pflege im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung Bezug nehmen, zeigt allerdings auch, dass die vorliegende Arbeit aufgrund des gewählten methodischen Vorgehens **differenziertere Einblicke** in die **Behandlung von Angehörigen** zu geben vermag: Dass Pflegekräfte **Angehörige als Störgröße** empfinden<sup>4890</sup>, ist ein Befund, der sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit differenzierter auflösen lässt. Sie verdeutlicht nämlich: Angehörige werden nicht grundsätzlich als störend wahrgenommen. Sie zeigt nicht nur, unter welchen Umständen die Pflegekraft Angehörige als Störgröße erlebt, sondern sie zeigt darüber hinaus auch, wie die Pflegekraft mit Angehörigen verfährt, die sie als Störgröße empfindet. Dass Pflegekräfte **Angehörige als Helfer** in den Pflegeprozess einbinden<sup>4891</sup>, stellt ein Ergebnis dar, das im Rahmen der vorliegenden Studie ebenfalls eine höhere Auflösung erfährt. Sie macht nämlich deutlich: Angehörige werden bedingt als Helfer in den Pflegeprozess eingebunden. Sie zeigt, welche Angehörigen die Pflegekraft unter welchen Umständen auf welche Weise als Helfer in den Arbeitsprozess einbezieht und welche Angehörige sie unter welchen Umständen als Helfer aus dem Arbeitsprozess ausgrenzt. Auch dass Pflegekräfte **Angehörige als hilfsbedürftig** erleben und ihnen Unterstützung bieten<sup>4892</sup>, ist ein Ergebnis, das im Rahmen der vorliegenden Studie höher aufgelöst werden kann. Sie verdeutlicht nämlich: Angehörige erhalten bedingt Unterstützung. Sie zeigt, unter welchen Umständen die Pflegekraft versucht, welche Angehörige auf welche Weise zu unterstützen.

Die vorliegende Arbeit vermag auch, **neue Forschungsfragen** anzuregen, die sich auf Möglichkeiten und Grenzen der Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege beziehen. Es stellt sich etwa die Frage: Wie halten es Pflegekräfte, die sich im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen, mit der Beteiligung von berufstätigen Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen? Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden: Die beobachtete Pflegekraft war darauf bedacht, nach Möglichkeit auch berufstätige Angehörige als Helfer einzubinden. Sie war bestrebt, sie möglichst nicht nur als Organisatoren des häuslichen

---

<sup>4888</sup> vgl.: Ludwig 2002: 3; Büscher 2007: 88.

<sup>4889</sup> vgl.: Boes 2002: 67; Schaeffer/Ewers 2002: 190; Holle 2004: 54; Büscher 2007: 88; Stiller-Harms 2007: 139.

<sup>4890</sup> vgl.: Schaeffer/Ewers 2002: 190; Schaeffer/Büscher/Ewers 2008: 360.

<sup>4891</sup> vgl.: Boes 2002: 51f; Büscher 2007: 105f.

<sup>4892</sup> vgl.: Boes 2002, 51f; Büscher 2007: 105f; Heusinger/Klunder 2005b: 185; Heinemann-Knoch/Knoch/Korte 2008: 161.

Pflegeprozesses, sondern auch als Produzenten von informellen Pflegeleistungen zu beteiligen. Damit stellt sich zugleich die Frage: Wie halten es Pflegekräfte, die sich im Zeitalter der gesetzlichen Pflegeversicherung an der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligen, mit Angehörigen pflegebedürftiger Personen, die sich der Organisation des häuslichen Pflegeprozesses widmen und jedwede Beteiligung an der Produktion von Pflegeleistungen zu vermeiden suchen? Nicht nur im Rahmen der Pflegedienst-Studie aus Westfalen<sup>4893</sup> sondern auch im Rahmen der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden: Ein Engagement von Angehörigen, das sich durch den Versuch auszeichnet, den häuslichen Pflegeprozess zu organisieren, ohne selber informelle Pflege zu leisten, stößt bei Pflegepersonal auf wenig Gegenliebe.

## 2.2. Modelle der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege vor und nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Dass die Qualitätsverbesserung in der Pflege zu den Zielen der gesetzlichen Pflegeversicherung zählt, wurde bereits dargelegt.<sup>4894</sup> Das Pflegeversicherungsgesetz beinhaltet eine Vielzahl rechtlicher Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Pflege<sup>4895</sup>. Sie beziehen sich einerseits auf die Sicherung der Qualität informeller Pflege, andererseits auf die Sicherung der Qualität formeller Pflege. Unter den im Pflegeversicherungsgesetz verankerten Rechtsvorschriften zur Qualitätssicherung in der Pflege dominieren allerdings die rechtlichen Vorschriften zur Sicherung der Qualität formeller Pflege<sup>4896</sup>. Die im Pflegeversicherungsgesetz verankerten rechtlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege stellen den Versuch dar, den Pflegemarkt, der mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung geschaffen worden ist<sup>4897</sup>, zu regulieren, um Gefährdungen der Pflegequalität durch den eingeleiteten Wettbewerb zu verhindern<sup>4898</sup>.

Die rechtliche Verpflichtung zur **Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege** ist an sich **kein Novum**: Die ambulante Pflege hat auch vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht in einem rechtsfreien Raum existiert. Das Bemühen um Qualitätssicherung war auch vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht in das persönliche Belieben einer Pflegekraft gestellt. „Qualitätsanforderungen in der

---

<sup>4893</sup> vgl.: Evers/Olk 1995a: 69; Evers/Olk 1995b: 92, 95.

<sup>4894</sup> siehe Kapitel 2.2. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4895</sup> vgl.: Plantholz 2009: 405, 412; Klie 2009b: 1042ff; Klie 2009c: 1046ff; Klie 2009d: 1054ff; Klie 2009e: 1064ff; Klie 2009f: 1071ff; Klie 2009g: 1076ff.

<sup>4896</sup> vgl.: Gerlinger/Röber 2009: 99.

<sup>4897</sup> vgl.: ebd.: 24.

<sup>4898</sup> vgl.: ebd.: 23.



Pflege haben“ und hatten „eine berufsrechtliche, sozialrechtliche, eine zivil- aber auch eine strafrechtliche Dimension“<sup>4899</sup>. Insofern stellt das Bemühen um Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege auch an sich „nichts Neues“<sup>4900</sup> dar. **Novum** ist die mit dem Pflegeversicherungsgesetz geschaffene **Regelungsdichte**: Die im Pflegeversicherungsgesetz festgelegten rechtlichen Vorschriften zur Sicherung der Qualität formeller Pflege sind seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung kontinuierlich<sup>4901</sup> und deutlich ausgebaut worden<sup>4902</sup>. Das mit dem Pflegeversicherungsgesetz zwecks Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege geschaffene rechtliche Regelwerk ist hochgradig verdichtet<sup>4903</sup>. Die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege gründet auf dem Einsatz neuer **Regelungsmethoden**: Die Selbstbindung und Selbstaktivierung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen wird mit externer Prüfung und Beratung verbunden<sup>4904</sup>. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichten sich, intern Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen und sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen<sup>4905</sup>. Sie verpflichten sich, Qualitätsanforderungen zu erfüllen, die aus den im Pflegeversicherungsgesetz verankerten rechtlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung und den konkretisierenden Qualitätsvereinbarungen resultieren. An die geltenden Qualitätsvereinbarungen gebunden, besteht für sie sowohl die Verpflichtung zur Pflegeplanung, als auch die Verpflichtung zur Pflegedokumentation<sup>4906</sup>. Sie haben nunmehr „die Pflicht zur umfassenden Pflegedokumentation“<sup>4907</sup>. Jene Verpflichtung, das Bemühen um Qualitätssicherung zu formulieren und zu dokumentieren, ist für die ambulante Pflege neu<sup>4908</sup>. Somit zeugen auch **Regelungsinhalte** von Neuerungen.

Sowohl der Pflegeprozess als auch die Pflegedokumentation gelten als „Instrumente zur Qualitätssicherung in der Pflege“<sup>4909</sup>. Der MDS, dessen Beteiligung an der Entwicklung der Qualitätsvereinbarungen gesetzlich geboten ist<sup>4910</sup>, hat den **Pflegeprozess** als Handlungsmodell bezeichnet<sup>4911</sup>, das eine nachhaltige Sicherung der Qualität formeller Pflege erlaubt<sup>4912</sup>. In seiner Grundsatzstellungnahme zur Sicherung der Qualität formeller Pflege bietet er Pflegepraktikern eine Arbeitshilfe zur Ausgestaltung des

<sup>4899</sup> Klie 2009d: 1059.

<sup>4900</sup> Kissels/Wallraffen-Dreisow 1995: 38.

<sup>4901</sup> vgl.: Gerlinger/Röber 2009: 99.

<sup>4902</sup> vgl.: Roth 2009: 234.

<sup>4903</sup> vgl.: Rothgang 2009: 108.

<sup>4904</sup> vgl.: Roth: 2001: 38.

<sup>4905</sup> vgl.: Klie 2009b: 1045.

<sup>4906</sup> vgl.: Klie 2009c: 1050f.

<sup>4907</sup> ebd.: 1052.

<sup>4908</sup> vgl.: Kissels/Wallraffen-Dreisow 1995: 38.

<sup>4909</sup> Stemmer 2009a: 9.

<sup>4910</sup> vgl.: Klie 2009: 1048.

<sup>4911</sup> vgl.: MDS 2005: 11.

<sup>4912</sup> vgl.: ebd.: 47.

Pflegeprozesses an<sup>4913</sup>. Er empfiehlt die Arbeit mit einem Prozessmodell, das aus sechs Arbeitsschritten besteht. Es heißt: Im Rahmen der „**Informationssammlung**“<sup>4914</sup> wird die Aufmerksamkeit auf die Erfassung von pflegerelevanten Informationen gerichtet<sup>4915</sup>. Primärer Bezugspunkt der Informationssammlung ist die pflegebedürftige Person: Deren Probleme, Pflegebedürfnisse, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Ressourcen und Wünsche werden eruiert<sup>4916</sup>. Es ist angezeigt, Angehörige in den Prozess der Informationssammlung einzubinden<sup>4917</sup>. Sie unterstützen die Erfassung von pflegerelevanten Informationen: Erstens bieten sie Einblick in Fremdeinschätzungen über die Person und Situation des Pflegebedürftigen<sup>4918</sup>. Zweitens gewähren sie Einsichten in die Fähigkeiten, Möglichkeiten und Bedürfnisse der eigenen Person, die für die Integration sozialer Ressourcen in den Prozess der Durchführung von Pflegemaßnahmen von Bedeutung sind<sup>4919</sup>. Bei der **Formulierung der „Pflegeprobleme“**<sup>4920</sup> bleibt die Aufmerksamkeit auf die pflegebedürftige Person gerichtet: Es gilt, deren „Pflegeprobleme zu definieren“. Pflegeprobleme liegen vor, wenn die für die Bewältigung des Alltags notwendige Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen beeinträchtigt sind und sich jene Beeinträchtigungen nicht eigenständig kompensieren lassen. Nach Möglichkeit sind Angehörige mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in die Problemformulierung einzubeziehen<sup>4921</sup>. Jedem formulierten Pflegeproblem entspricht ein Pflegeziel. Auch bei der **Definition der „Pflegeziele“**<sup>4922</sup> gilt die Aufmerksamkeit primär der Person des Pflegebedürftigen. Die Formulierung der Pflegeziele erfolgt mit Bezug auf den Zustand des Pflegebedürftigen, dessen Können, Wissen, Verhalten und Wollen<sup>4923</sup>. Bei der Formulierung der Pflegeziele werden Angehörige einbezogen<sup>4924</sup>. Die **„Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen“**<sup>4925</sup> ist darauf gerichtet, das ermittelte Pflegeproblem zu lösen und das gewählte Ziel zu erreichen<sup>4926</sup>. Bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen sind Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten auch von Angehörigen zu berücksichtigen. „Sie werden dementsprechend in die Pflegehandlung einbezogen“<sup>4927</sup>. Die Wirkung der

<sup>4913</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>4914</sup> ebd.: 16; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4915</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>4916</sup> vgl.: ebd.: 16.

<sup>4917</sup> vgl.: ebd.: 61.

<sup>4918</sup> vgl.: ebd.: 17.

<sup>4919</sup> vgl.: ebd.: 18.

<sup>4920</sup> ebd.: 18; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4921</sup> vgl.: ebd.: 19.

<sup>4922</sup> ebd.: 26; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4923</sup> vgl.: ebd.: 28.

<sup>4924</sup> vgl.: ebd.: 27.

<sup>4925</sup> ebd.: 29; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4926</sup> vgl.: ebd.: 29.

<sup>4927</sup> ebd.: 30.

Pflegemaßnahmen wird einer „**Bewertung**“<sup>4928</sup> unterzogen. Sie erfolgt auch unter Einbeziehung der Angehörigen.

Die „**Pflegedokumentationen**“<sup>4929</sup> sollen die im Pflegeprozess geleistete Arbeit abbilden. Der MDS betont: Die „kontinuierliche Dokumentation der Arbeitsschritte ergänzt die qualitätssichernde Funktion des Pflegeprozesses. Sie dient der Sicherung der Kommunikation aller an der Pflege Beteiligten“<sup>4930</sup>. Im Zweifelsfall dient sie auch „der Beweissicherung“<sup>4931</sup>. In seiner Grundsatzstellungnahme zur Sicherung der Qualität formeller Pflege bietet der MDS Pflegepraktikern auch eine Arbeitshilfe zur Dokumentation des praktizierten Pflegeprozesses an<sup>4932</sup>. Er erklärt: Zu Zwecken der Qualitätssicherung ist dem Handlungsmodell des Pflegeprozesses folgend zu dokumentieren<sup>4933</sup>. Zu dokumentieren sind die gewählten Pflegeziele<sup>4934</sup>, die geplanten und erbrachten Pflegeleistungen sowie die Ergebnisse der Pflegeevaluation<sup>4935</sup>. Es ist zeitnah, möglichst pflegebegleitend zu dokumentieren<sup>4936</sup>. Die Dokumentation wird im Pflegehaushalt „aufbewahrt“<sup>4937</sup>. Auf die Debatte um die Kontraproduktivität der Pflegedokumentationen wurde bereits verwiesen.<sup>4938</sup> Pflegedokumentationen werden in der Praxis als ungeliebtes Kind erlebt. Sie werden nicht als selbstverständlicher Teil in die Pflege integriert. In der Praxis wird die Führung der Pflegedokumentation als bürokratischer Aufwand betrachtet, der betrieben werden muss, aber Zeit absorbiert<sup>4939</sup>, die für die Arbeit an der Beziehung zu den pflegebedürftigen Personen und den Familienangehörigen fehlt<sup>4940</sup>. Eine situationsbedingte Abweichung vom vereinbarten Unterstützungsprogramm ist nicht ohne größeren Aufwand zu realisieren. Sie ist schriftlich begründet zu dokumentieren. „Ein erheblicher bürokratischer Handlungsdruck belastet den Interaktionsprozess“<sup>4941</sup>.

Wie ist es um die Sicherung der **Qualität der ambulanten Pflege** unter der Bedingung **hoher Regelungsdichte** bestellt? Der MDS kommt in seinem zweiten Bericht über die Qualität in der ambulanten Pflege, den er auf Basis der Qualitätsprüfungsberichte der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDKen) erstellt hat, zu dem Ergebnis: Es lassen sich **Qualitätsmängel in (der Dokumentation) der ambulanten Pflege**

---

<sup>4928</sup> ebd.: 31; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4929</sup> Görres/Hasseler/Mittnacht 2008: 56; Hervorhebung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit.

<sup>4930</sup> MDS 2005: 48.

<sup>4931</sup> ebd.: 40.

<sup>4932</sup> vgl.: ebd.: 3.

<sup>4933</sup> vgl.: ebd.: 34.

<sup>4934</sup> vgl.: ebd.: 36.

<sup>4935</sup> vgl.: ebd.: 37.

<sup>4936</sup> vgl.: ebd.: 41.

<sup>4937</sup> ebd.: 31.

<sup>4938</sup> siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4939</sup> vgl.: Stemmer 2006: 1.

<sup>4940</sup> vgl.: Blüher/Stosberg 2005b: 357; Stemmer 2009a: 9.

<sup>4941</sup> Stratmeyer 2005: 27.

ausmachen<sup>4942</sup>. Indes: Die Qualität jener Qualitätsprüfungen wird in Frage gestellt. Es wird auf methodenbedingte **Qualitätsmängel der Qualitätsprüfungen** aufmerksam gemacht<sup>4943</sup>. Und wie ist es um die Sicherung der **Qualität der ambulanten Pflege** unter der Bedingung **geringerer Regelungsdichte** bestellt (gewesen)? Die vorliegende Arbeit verweist auf ein Qualitätssicherungsmodell, das unter der Bedingung geringerer Regelungsdichte praktiziert wurde. Die vorliegende Arbeit verdeutlicht: Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege erschöpft sich nicht in Pflegedokumentationen. Der Schluss von Qualitätsmängeln in den Pflegedokumentationen auf Qualitätsmängel im Pflegeprozess entpuppt sich im Kontext der vorliegenden Arbeit als Fehlschluss. Sie vermag mithin die wiederholt formulierte Kritik an den Qualitätsprüfungen der MDKen zu stützen. Jene Kritik lautet: Die Qualitätsprüfungen der MDKen unterliegen der Gefahr des Fehlschlusses von dokumentierter Pflege auf geleistete Pflege. Die Qualitätsprüfungen basieren auf der Annahme: „Was nicht aufgeschrieben ist, ist nicht getan“<sup>4944</sup>. Jene Annahme ist aber nicht belegt. Die „Validität von Pflegedokumentationen“<sup>4945</sup> ist somit fraglich. Die vorliegende Arbeit vermag darüber hinaus zu verdeutlichen, dass auch wissenschaftliche Studien, die sich im Rahmen der Untersuchung der Pflegequalität auf eine Auswertung von Pflegedokumentationen stützen<sup>4946</sup>, gefordert sind, der Gefahr jenes Fehlschlusses Rechnung zu tragen.

Die vorliegende Arbeit macht deutlich: Das Bemühen um Qualitätssicherung fand seinen Niederschlag **nicht** in einer breit angelegten **Dokumentationsarbeit**. Diese beschränkte sich im Wesentlichen auf den Nachweis erbrachter Leistungen. Das Bemühen um Qualitätssicherung schlug sich vielmehr in Arbeitsvollzügen nieder, die im Alltag der ambulanten Pflege unmittelbar verankert (sind und) waren: in der Pflegearbeit, in der Koordinationsarbeit und in der Fehlerarbeit. Das Bemühen um Qualitätssicherung im Rahmen der **Pflegearbeit** schlug sich etwa in dem Bemühen nieder, formelle Pflegeleistungen, die wie etwa das Waschen, das Spritzen, die Dekubitusprophylaxe und die Dekubitusbehandlung handwerklicher Art sind, regelmäßig auszuführen. Es war auch mit den Bemühungen verbunden, die häusliche Pflege durch teils zeitgleichen, teils zeitversetzten Vollzug von formellen und informellen Pflegeleistungen sicherzustellen. Um Qualitätssicherung in häuslichen Pflegearrangements bemüht, hat die befragte Pflegefachkraft nicht nur Pflegearbeit verrichtet, sondern hat auch Koordinations- und Fehlerarbeit geleistet. Genauer gesagt: Sie hat sowohl die Koordinationsarbeit als auch

---

<sup>4942</sup> vgl.: MDS 2007: 44ff.

<sup>4943</sup> vgl.: Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 26, 31ff, 54ff; Schülke 2008a: 24ff; Schülke 2008b: 39.

<sup>4944</sup> Schülke 2008a: 26.

<sup>4945</sup> Görres/Hasseler/Mitnacht 2008: 56.

<sup>4946</sup> Studienbeispiel: Garms-Homolová/Rorth 2004.

die Fehlerarbeit mit der Pflegearbeit verwoben, in den Pflegeprozess eingebunden und auf Sicherstellung der häuslichen Pflege gerichtet. Sie hat weder die Koordinationsarbeit, noch die Fehlerarbeit auf Prozesse der Fallauswahl beschränkt, sondern auf Prozesse der Fallbearbeitung ausgedehnt: Sie hat sie für die Dauer der Fallbearbeitung als fortlaufend zu erledigende Arbeiten behandelt. Im Mittelpunkt der Bemühungen um Qualitätssicherung qua Koordinations- und Fehlerarbeit standen Beobachtungs-, Reflexions- und Kommunikationsleistungen

- Das Bemühen um Qualitätssicherung qua **Koordinationsarbeit** fand seinen Niederschlag etwa in den Bemühungen, mit Angehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen bedingt über informelle Unterstützungswünsche und informelle Unterstützungsleistungen, über formelle Unterstützungsleistungen und formelle Unterstützungsziele zu kommunizieren. Die Herausforderung besteht aus Sicht der Pflegekraft darin, ein häusliches Pflegearrangement zu etablieren, bei dem sich nach Möglichkeit erstens alle relevanten Akteure ins Boot holen lassen und sich nach Möglichkeit zweitens darauf einlassen, in einem Boot sitzend, ein gemeinsames Ziel nach einem gemeinsamen Plan anzusteuern. Genauer gesagt, besteht die Herausforderung darin, sich jener Herausforderung zu stellen, ohne eine Garantie für einen Erfolg des Unternehmens zu haben.
- Das Bemühen um Qualitätssicherung qua **Fehlerarbeit** schlug sich in Anstrengungen nieder, eigene Fehler zu vermeiden und zu bearbeiten: seien es eigene Deutungsfehler wie die Unterschätzung und Überschätzung des Pflegebedarfs, seien es eigene Handlungsfehler wie die Überforderung und Unterforderung zu pflegender Personen. Es schlug sich ferner in Anstrengungen nieder, Fehler der gleichfalls im Boot sitzenden Akteure zu vermeiden und zu bearbeiten. Dazu zählt auch das Bemühen, Fehler zu vermeiden und zu bearbeiten, die am Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege beteiligte Angehörige begehen (können). Die Herausforderung besteht aus Sicht der Pflegekraft darin, für Patienten folgenschwere Fehler zu vermeiden. Genauer gesagt, besteht die Herausforderung auch hier darin, sich jener Herausforderung zu stellen, ohne die Gewähr für einen Erfolg des Unternehmens zu besitzen.

Die vorliegende Arbeit lenkt die Aufmerksamkeit auf **Kernprobleme der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege**. Sie macht deutlich: Die Pflegekraft ist in ihrem Bemühen um Qualitätssicherung auch von der **Mitwirkung der Angehörigen**

pflegebedürftiger älterer Menschen abhängig. Ist sie in häuslichen Pflegearrangements gefordert, Senioren zu versorgen, die kein familiales Netzwerk aufweisen, entfällt für sie die Möglichkeit zur Koordination und Kooperation mit Angehörigen. Ist sie in Arrangements häuslicher Pflege gefordert, Senioren zu versorgen, die über ein familiales Netzwerk verfügen, hat sie keine Garantie, dass die Koordination und Kooperation mit Angehörigen gelingt. Die Möglichkeiten, auf Angehörige Einfluss zu nehmen, sind begrenzt. Fehlt es an der (gelungenen) Koordination und Kooperation mit Angehörigen pflegebedürftiger Senioren, drohen Qualitätsmängel, die den Prozess der Sicherstellung der häuslichen Pflege erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen (können). Dass es wissenschaftlich hinlänglich bekannt ist, dass die Pflegequalität in häuslichen Pflegearrangements auch von der Interaktion mit Angehörigen abhängig ist und dass Probleme in der Interaktion mit Angehörigen zu Problemen in der Qualitätssicherung führen (können), wurde bereits dargelegt.<sup>4947</sup> Die vorliegende Arbeit vermag allerdings aufgrund des gewählten methodischen Vorgehens differenziertere Einblicke in die mit jenen Interaktionsproblemen assoziierten Qualitätssicherungsprobleme zu geben. Sie lässt erkennen: Es kann zu diversen Qualitätssicherungsproblemen kommen. Eine Kumulation von Qualitätssicherungsproblemen ist nicht auszuschließen.

- Möglicherweise ist die Qualität des Arbeitsklimas beeinträchtigt: Es drohen atmosphärische Spannungen. Der persönliche Friede der Pflegekraft ist gestört. Der soziale Frieden am Arbeitsplatz ist bedroht.
- Möglicherweise ist auch die Qualität des Pflegeprozesses gefährdet: Wie soll sich eine unnötige Mehrbelastung der pflegenden Personen, einerseits der pflegenden Angehörigen, andererseits der Pflegekräfte vermeiden lassen?
- Eine Beeinträchtigung der Qualität der Pflegearbeit ist möglicherweise nicht auszuschließen: Wie sollen sich etwa Standards der Dekubitusprophylaxe und Dekubitusbehandlung ohne regelmäßige Beteiligung von Angehörigen realisieren lassen?
- Am Ende droht möglicherweise auch die Heimpflege: Wie soll sich die Lebensqualität pflegebedürftiger Senioren im Fall des Falles im häuslichen Kontext ohne Beteiligung von Angehörigen sicherstellen lassen?

---

<sup>4947</sup> siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

Dargelegt wurde: Die Anforderung, den **Pflegeprozess** als das der Qualitätssicherung dienende Handlungsmodell zu wählen<sup>4948</sup>, ist für Pflegekräfte, die in häuslichen Pflegearrangements tätig sind, mit der Anforderung verbunden, in der Interaktion mit Angehörigen Ziele zu definieren und die Zielerreichung zu prüfen<sup>4949</sup>. Die vorliegende Arbeit lässt erkennen: Die Anforderung, in häuslichen Pflegearrangements mit Angehörigen über Ziele, Zielerreichung und Zielverfehlung mündlich zu kommunizieren, stellt Pflegekräfte unter einen hohen Handlungsdruck. Die Arbeit zeigt erstens: Eine in der Interaktion mit Angehörigen zu gewährleistende **mündliche Kommunikation über Zielsetzungen** ambulanter Pflege ist riskant. Aus Sicht der Pflegekraft ist es selbstverständlich, dass sie keine Garantie für eine Zielerreichung übernehmen kann. Sie kann Angehörigen nicht versprechen, dass sich ein gewähltes Ziel erreichen lässt. Sie kann Angehörigen nur das Versprechen geben, dass das Pflegepersonal regelgemäß formelle Arbeit an der Zielerreichung leistet. Sie hat weder eine Garantie für regelgemäße informelle Arbeit an der Zielerreichung, noch hat sie die Gewähr für ein beherrschbares Krankheitsgeschehen. Sie hat in der Interaktion mit Angehörigen folglich einen guten Grund, eine Definition von Zielsetzungen zu vermeiden und stattdessen eine Formulierung zu wählen, die der Arbeit an der Zielerreichung verhaftet bleibt: eine Formulierung, die zwar auf die gewählte Zielsetzung verweist, ohne sich aber als Garantieerklärung in Sachen Zielerreichung auslegen zu lassen (Motto: Versuch der Wundheilung). Die Arbeit zeigt zweitens: Eine in der Interaktion mit Angehörigen zu leistende **mündliche Kommunikation über Zielerreichung und Zielverfehlung** ist nicht minder riskant. Kommunikation über Zielerreichung und Zielverfehlung ist immer auch Kommunikation über Verantwortung. Es gilt einerseits, keine unberechtigte Kritik in Umlauf zu bringen. Es gilt andererseits, berechtigte Kritik so zu artikulieren, dass weder die Qualität des Pflegeprozesses, noch die Qualität des Arbeitsklimas nachhaltig beeinträchtigt wird. Berechtigte Kritik lässt sich aber möglicherweise nicht immer von unberechtigter Kritik unterscheiden. Die Berechtigung von Kritik kann strittig sein und zum Gegenstand von Streit werden. Hat sich ein Dekubitus wegen unzureichender Pflege verschlimmert oder hätte er sich auch bei besserer Pflege verschlechtert? Hat er sich wegen unzureichender formeller Pflege oder wegen unzureichender informeller Pflege verschlechtert?

Dargelegt wurde auch: Mit der Anforderung, dass Pflegekräfte, die in häuslichen Pflegearrangements tätig sind, zwecks Qualitätssicherung an einer dem „Handlungsmodell des Pflegeprozesses“<sup>4950</sup> folgenden **Pflegedokumentation** arbeiten,

---

<sup>4948</sup> vgl.: MDS 2005: 11.

<sup>4949</sup> vgl.: ebd.: 27, 31.

<sup>4950</sup> ebd.: 34.

ist die Anforderung zur Verschriftlichung der Kommunikation über Zielsetzungen, Zielerreichung und Zielverfehlung verbunden<sup>4951</sup>. Die vorliegende Arbeit lässt vermuten: Mit jener Anforderung zur **schriftlichen Kommunikation über Zielsetzungen, Zielerreichung und Zielverfehlung** ist der Handlungsdruck, unter dem Pflegekräfte in häuslichen Pflegearrangements stehen, weiter erhöht worden. Die Debatte um Qualitätsmängel der Pflegedokumentationen ist in vollem Gange. Deren Rekonstruktion zeigt: Die schriftliche Kommunikation über Zielsetzungen, Zielerreichung und Zielverfehlung wird als neuralgischer Punkt der Dokumentationsarbeit betrachtet. Es wird die fehlende „Dokumentation von Zielen“<sup>4952</sup> und die beobachtbare Praxis beanstandet, „eher die Pflegemaßnahme als ein Pflegeziel zu beschreiben“<sup>4953</sup>. Ferner wird die fehlende Dokumentation der „Evaluation des Pflegeprozesses“<sup>4954</sup> kritisiert. Zeitmangel und mangelnde Qualifikation werden als Erklärungsansätze für jene Qualitätsmängel in der Dokumentationsarbeit angeboten<sup>4955</sup>. Die vorliegende Arbeit legt allerdings die Vermutung nahe: Jene Erklärungsansätze sind verkürzt. Sie verkennen die Problematik, die für Pflegekräfte, die in häuslichen Pflegearrangements tätig sind, mit der Anforderung zur schriftlichen Kommunikation über Zielsetzungen, Zielerreichung und Zielverfehlung verbunden ist. Zu konstatieren ist: Die Debatte um die Entbürokratisierung der Pflege hat längst begonnen. Behandelt werden dabei auch die Möglichkeiten und Grenzen einer Entbürokratisierung der Pflegedokumentation<sup>4956</sup>.

### 3. Schlussbetrachtung

Die Interaktion zwischen Pflegekräften und pflegenden Angehörigen ist der Dreh- und Angelpunkt bei der Entwicklung gemischter Arrangements häuslicher Pflege. Dieses Problemfeld zu beleuchten, war ein Hauptanliegen dieser Arbeit<sup>4957</sup>. Der Druck auf die Interaktion zwischen Pflegekräften und pflegenden Angehörigen hat mit Einführung des regulierten Pflegemarktes erheblich zugenommen: Ökonomisierte und bürokratisierte Pflegeangebote sind zu einem Negativmerkmal ambulanter Pflege geworden<sup>4958</sup>. Um die Pflege im häuslichen Kontext zu sichern, ist die Entwicklung gemischter Arrangements

---

<sup>4951</sup> vgl.: ebd.: 31, 36f.

<sup>4952</sup> Garms-Homolová/Roth 2004: 20.

<sup>4953</sup> MDS 2005: 28.

<sup>4954</sup> MDS 2007: 47.

<sup>4955</sup> vgl.: Roth 2003a: 19.

<sup>4956</sup> vgl. z.B. Runder Tisch Pflege 2005: 15ff.

<sup>4957</sup> siehe Kapitel III und IV, sowie Kapitel 1 aus Kapitel V dieser Arbeit.

<sup>4958</sup> siehe Kapitel 2 aus Kapitel V dieser Arbeit.



häuslicher Pflege angezeigt<sup>4959</sup>. Um die Entfaltung gemischter Arrangements häuslicher Pflege zu fördern, sind allerdings verstärkte Anstrengungen erforderlich, die **Unterstützung der Unterstützer** zu verbessern.<sup>4960</sup> Eine Verbesserung der Unterstützung sowohl der pflegenden Angehörigen als auch der Pflegekräfte ist zwingend geboten. Ein Mangel an Unterstützung für informelle und formelle Unterstützer könnte sich als fatal erweisen. In der wissenschaftlichen Debatte um die Zukunft der Pflege ist das Schreckensszenario längst entworfen: Der häuslichen Pflege gehen nicht nur die pflegenden Angehörigen<sup>4961</sup>, sondern auch die Pflegefachkräfte aus<sup>4962</sup>. Die Rahmenbedingungen für die Interaktion zwischen Pflegekräften und pflegenden Angehörigen bedürfen dringend der Verbesserung. Die für die Arbeit und Interaktion mit Angehörigen relevanten Kompetenzen sind auf der Ebene der Aus- und Fortbildung zu fördern. Auch nach Kuhlmei<sup>4963</sup> müssen Pflegekräfte in Prozessen der Qualifizierung auf die sie in häuslichen Pflegearrangements erwartende Arbeit und Interaktion mit Angehörigen vorbereitet werden. Pflegekräfte sind zur Sicherung der Qualität häuslicher Pflegearrangements gefordert, sich auf Aushandlungsprozesse mit Angehörigen einzulassen. Sie müssen in Prozessen der Interaktion mit Angehörigen fortlaufend über die Situationsentwicklung und Situationsbearbeitung reflektieren und kommunizieren. Fachpflege ist mehr als die bloße Ausübung des Pflegehandwerks. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis ist vor einem verengten Verständnis von Fachpflege zu warnen. Das Plädoyer, die Rahmenbedingungen für die Interaktion zwischen Pflegekräften und Angehörigen zu verbessern, lässt sich mit Blick auf die Position der Pflegekräfte allerdings nicht auf die Forderung nach Kompetenzförderung reduzieren, sondern ist mit der Forderung nach gesellschaftlicher Anerkennung zu verbinden. Die Relevanz der in gemischten Arrangements häuslicher Pflege zu leistenden Arbeit und Interaktion mit Angehörigen muss der Gesellschaft vermittelt werden und sich in einer angemessenen Honorierung widerspiegeln. Um verbesserte Rahmenbedingungen für die Interaktion zwischen Pflegekräften und Angehörigen zu schaffen, wäre es angezeigt, Pflegekräfte von überbordender Bürokratie zu entlasten. Es gilt eine Antwort auf die Frage zu finden: Wie viel Bürokratie muss sein, um die Qualität der Pflege in häuslichen Kontexten zu sichern?<sup>4964</sup> Pflegekräfte in kollegiale Netzwerke einzubinden, stellt eine Möglichkeit dar, ihnen Beratung zu bieten und ihre Selbstfürsorge zu fördern. Nicht nur Möglichkeiten zur

---

<sup>4959</sup> siehe auch Kuhlmei 2011, Görres 2010.

<sup>4960</sup> Zu der wissenschaftlichen Debatte um die „Unterstützung der Unterstützer“ siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4961</sup> siehe bspw. Blinkert/Klie 2008: 243.

<sup>4962</sup> siehe bspw. Röber 2008: 77; Görres 2010: 49.

<sup>4963</sup> vgl.: Kuhlmei 2011: 19

<sup>4964</sup> Der Runde Tisch Pflege (2005: 15ff) befaßt sich u.a. mit Möglichkeiten und Grenzen einer Entbürokratisierung der Pflege im Bereich der Führung der Pflegedokumentationen.

kollegialen Beratung, sondern auch Möglichkeiten zur Supervision sollten auf der Ebene der Organisationskultur verankert werden<sup>4965</sup>. Im Rahmen kollegialer Beratung und Supervision kritische Reflexionen über Prozesse der Arbeit und Interaktion in Arrangements häuslicher Pflege anzustellen, trägt zur Qualitätssicherung in häuslichen Pflegearrangements bei.

Um zu maßgeschneiderten Arrangements häuslicher Pflege zu gelangen, wird es entscheidend sein, die Patientenorientierung mit einer Angehörigenorientierung zu verknüpfen, die sowohl den Kompetenzen als auch den Belastungen von Angehörigen Rechnung trägt. Letztlich wird die **Angehörigenorientierung** auch um eine **Netzwerkorientierung** zu erweitern sein<sup>4966, 4967</sup>. Angehörigenorientierung ist allerdings nicht nur auf der Ebene der Qualifizierung von Personalpersonen, sondern auch auf der Ebene der Ausrichtung der Pflegeorganisationen zu verankern. Auch nach Kuhlmei<sup>4968</sup> müssen ambulante Pflegeorganisationen die Arbeit mit Angehörigen als zentralen Baustein ihres Organisationsprogramms definieren. Mit der Pflegevisite<sup>4969</sup> und dem Soester Beratungsstandard<sup>4970</sup> liegen entwicklungsfähige Modelle für die Arbeit und Interaktion mit Angehörigen in häuslichen Pflegearrangements vor. Angehörigenorientierung sollte sowohl in der Praxis der Pflegevisite, als auch in der Beratungspraxis Verankerung finden. In ihrer Studie über die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege kommen HABERMANN und BIEDERMANN<sup>4971</sup> zu dem Ergebnis: Die Pflegevisite eröffnet theoretisch die Möglichkeit, in der Interaktion mit den Familienangehörigen Kommunikationsprobleme zu thematisieren, die das Arbeitsverhältnis belasten und die Pflegequalität gefährden können<sup>4972</sup>, jene Möglichkeit bleibt in der Praxis der Pflegevisite aber weitgehend ungenutzt. Angehörige werden nicht systematisch in die Durchführung von Pflegevisiten einbezogen<sup>4973</sup>. Die Praxis der Pflegevisite als Forum zur Förderung der Arbeit und Interaktion mit Angehörigen weiterzuentwickeln, ist im Sinne der Qualitätssicherung ambulanter Pflege angezeigt. Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI sollen der Sicherung der informellen Pflegequalität dienen. Jene Beratungseinsätze werden auch von zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchgeführt. In ihrer Studie zur „Evaluation eines

---

<sup>4965</sup> vgl. auch Loffling 2011: 46.

<sup>4966</sup> vgl. auch Boes u.a. 2003: 42; Büscher 2007: 139; Schaeffer/Büscher/Ewers 2008: 366; Schnepf/Fringer/Budroni 2009: 108.

<sup>4967</sup> Zu der wissenschaftlichen Debatte um die „Angehörigenorientierung“ und die „Netzwerkorientierung“ in der Pflege siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4968</sup> vgl.: Kuhlmei 2011: 19.

<sup>4969</sup> vgl.: Habermann/Biedermann 2007.

<sup>4970</sup> vgl.: Fringer/Bücher 2006.

<sup>4971</sup> vgl.: Habermann/Biedermann 2007.

<sup>4972</sup> vgl.: ebd.: 224.

<sup>4973</sup> vgl.: ebd.: 190, 195.

Beratungsstandards aus dem Kreis Soest“ kommen FRINGER und BÜSCHER<sup>4974</sup> zu dem Ergebnis: Entwickelt, um die Qualität der Beratungseinsätze zu verbessern<sup>4975</sup>, lenkt der Soester Beratungsstandard die Aufmerksamkeit eher auf die pflegebedürftige Person, als auf die pflegenden Angehörigen und deren Belastungen. Sie stellen eine weitestgehend vernachlässigte Größe dar<sup>4976</sup>. Ansätze zur systematischen Erfassung der Belastungen von Angehörigen in der häuslichen Pflege<sup>4977</sup> sollten zur Weiterentwicklung von Beratungsstandards genutzt werden.

Die Diskussion um die Förderung maßgeschneiderter Arrangements häuslicher Pflege hat zur Erprobung persönlicher Pflegebudgets geführt. Kennzeichen des durch das Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e.V. wissenschaftlich begleiteten Modellprojektes waren: die Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen, um die häusliche Versorgung durch die Entwicklung von „individualisierten Versorgungsarrangements“<sup>4978</sup> zu stabilisieren, und die Einführung eines verbindlichen Case Managements, um die Qualität der häuslichen Versorgung zu sichern. Mit Hilfe des **Unterstützungsmanagements** sollte eine qualitätsgesicherte Mixtur „aus beruflicher Hilfe, familialer Unterstützung und bürgerschaftlicher Hilfe durch Freiwillige“<sup>4979</sup> gefördert werden. Pflegende Angehörige sollten Entlastung erfahren<sup>4980, 4981</sup>. Das erprobte Versorgungsmodell ist, so das Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitforschung, erfolgversprechend<sup>4982</sup>. Die Diskussion um jenes Versorgungsmodell verdient es, fortgesetzt zu werden.<sup>4983</sup>

Modellprojekte, die im Rahmen des Programms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ wissenschaftlich begleitet wurden, haben gezeigt: Die Entwicklung von Unterstützungspaketen, bestehend aus einer Mixtur von Hilfen, die berufliche und freiwillige Helfer bieten, tragen zu einer Entlastung pflegender Angehöriger bei<sup>4984</sup>. Im Rahmen des Programms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 SGB XI wissenschaftlich begleitete Modellprojekte konnten allerdings auch zeigen: Ein Engagement von Freiwilligen trägt zwar zu einer Entlastung von pflegenden

---

<sup>4974</sup> vgl.: Fringer/Büscher 2006.

<sup>4975</sup> vgl.: ebd.: 5.

<sup>4976</sup> vgl.: ebd.: 64, 67.

<sup>4977</sup> vgl.: George 2005: 46, Fußnote 4.

<sup>4978</sup> Blinkert 2008: 4.

<sup>4979</sup> Klie 2004: 21.

<sup>4980</sup> vgl.: Blinkert 2008: 4.

<sup>4981</sup> Zum Modell des „Unterstützungsmanagements“ siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

<sup>4982</sup> vgl.: Blinkert 2008: 17f, 27f, 34.

<sup>4983</sup> Es ist nach Klie (2009a: 151) eines der umfangreicheren Projekte gewesen, die im Rahmen der Bemühungen um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 SGB XI bislang gefördert und wissenschaftlich begleitet wurden. Die Projektlaufzeit begann 2004 und endete 2008. Nach Projektende ist das Pflegebudget „allerdings nicht in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen“ worden (Gerlinger/Röber 2009: 143).

<sup>4984</sup> vgl.: Klaes u.a. 2004: 6, 193.

Angehörigen bei<sup>4985</sup>. Freiwillige stellen aber kein beliebig abschöpfbares Reservoir von Helfern dar, das sich umstandslos zur Stabilisierung häuslicher Pflege- und Betreuungsarrangements nutzen lässt<sup>4986</sup>. Ob sich in häuslichen Pflegearrangements ein erweiterter Hilfemix aufbauen lässt, der nicht nur aus Leistungen familialer und beruflicher Helfer, sondern auch aus Leistungen freiwilliger Helfer besteht<sup>4987</sup>, ist mithin fraglich. Vor überzogenen Erwartungen an freiwilliges Engagement ist zu warnen. Freiwillige Helfer sind keine Garanten für die Entwicklung der sozialpolitisch gewünschten neuen Hilfekultur<sup>4988</sup>.

Die Lösung des gesellschaftlichen Pflegeproblems wird auch in den kommenden Jahrzehnten eine der zentralen sozialpolitischen Themenstellungen bleiben<sup>4989</sup>. Patentlösungen sind nicht in Sicht<sup>4990</sup>. Entscheidend wird sein, keinen Lösungsansatz voreilig zu verwerfen: Häusliche Pflege ist verglichen mit der Heimpflege nicht immer die bessere Lösung. Entscheidend wird auch sein, an einer Verbesserung beider Lösungsansätze zu arbeiten. Nur so können langfristig gesehen Pflegearrangements entstehen, in denen die Lebensqualität aller Beteiligten, der Senioren, der Angehörigen und der Pflegekräfte, gesichert ist. Anzunehmen ist: Auch künftig wird die Kopplung von informeller und formeller Pflege eine zur Sicherung des Vorrangs häuslicher Pflege sozialpolitisch erwünschte Strategie bleiben. Die Diskussion um die Zukunft häuslicher Pflegearrangements hat längst begonnen. Ihr stehen mit den eingangs der Arbeit skizzierten wissenschaftlichen Debatten um die Unterstützung der Unterstützung, um die Angehörigenorientierung, um die Netzwerkorientierung und um das Unterstützungsmanagement<sup>4991</sup> ebenso klassische wie zukunftsweisende Denkmodelle zur Verfügung.

---

<sup>4985</sup> vgl.: Fringer/Schnepp 2008: 91; Bubolz-Lutz/Krichendorff 2009: 132, 138, 156f.

<sup>4986</sup> vgl.: Fringer/Schnepp 2008: 89.

<sup>4987</sup> vgl.: Görres 2010: 50.

<sup>4988</sup> vgl.: § 8 SGB XI, Absatz 2, Satz 3.

<sup>4989</sup> vgl.: Blinkert/Klie 2008: 238.

<sup>4990</sup> vgl.: Görres 2010: 49.

<sup>4991</sup> siehe Kapitel 2.3. aus Kapitel I dieser Arbeit.

## VI Literaturverzeichnis

Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande (1991): DZA, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd.82. Berlin.

Backes, G.M./Clemens, W. (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 3. überarbeitete Auflage. Weinheim, München.

Badura, B. u.a. (1983): Herzinfarktrehabilitation und soziale Unterstützung. Erste Ergebnisse der Oldenburger Longitudinalstudie; In: von Ferber, Ch./Badura, B. (Hrsg.): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München, Wien. S.191-220.

Badura, B. (1985): Pflegebedarf und Pflegepolitik im Wandel; In: Olk, Th./Otto, H.-U. (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Lokale Sozialpolitik und Selbsthilfe. Neuwied, Darmstadt. S.79-93.

Badura, B./Gross, P. (1976): Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. München.

Bäcker, G. u.a. (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. Band 2. 4. grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden.

Barthelme, G./ Garms-Homolová, V./ Polak, U. (1999): Häusliche Pflege im Prozeß des Wandels – Arbeitsteilung und Belastungsfaktoren; In: Public-Health-Forschungsverbünde in der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. (Hrsg.): Public-Health-Forschung in Deutschland. Stand und Perspektiven der Public-Health-Forschung, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung, Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement, Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle. S.262-267.

Bartholomeyczik, S. (2006): Pflegerische Versorgung; In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, München, S.1023-1051.

Bischoff, C. (1994): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt am Main/New York. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage.

Blaumeiser, H. (2001): Vom Mythos der Pflege in der Familie. Daheim oder im Heim – Pflege im Wandel sozialer Milieus; In: Forum Sozialstation, (Nr. 111/2001), August. S.16-18.

Blaumeiser, H./Klie, Th. (2002): Zwischen Mythos und Modernisierung. Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel und die Zukunft der Pflege; In: Motel-Klingebiel, A./von Kondratowitz, H.-J./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Opladen. S.159-173.

Blinkert, B. (2007): Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen; In: Igl, G./Naegele, G./Hamdorf, S. (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg. S.225-244

Blinkert, B. (2008): Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management. Kurzbericht. Freiburg.

Einschbar unter:

[http://www.sozioologie.uni-](http://www.sozioologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/FIFAS_Bericht_Pflegebudget_Kurzfassung.pdf)

[freiburg.de/fifas/all/pdf/FIFAS\\_Bericht\\_Pflegebudget\\_Kurzfassung.pdf](http://www.sozioologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/FIFAS_Bericht_Pflegebudget_Kurzfassung.pdf)

(Stand: 13.06.2011)

Blinkert, B./Klie, Th. (1998): Freiburger Pflegestudie. Der Pflegemix kommt. Was sich für Pflegebedürftige durch die Leistungen der Pflegeversicherung verändert hat. In: Forum Sozialstation, (Nr. 94/1998), Oktober. S.24-27

Blinkert, B./Klie, Th. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover.

Blinkert, B./Klie, Th. (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen; In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden. S.238 -255.

Blüher, St. (2004): „Liebesdienst und Pflegedienst“ – theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Vergesellschaftung in häuslichen Pflegearrangements; In: Blüher, St./Stosberg, M. (Hrsg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden. S.11-51.

Blüher, St./Stosberg, M. (2005a): Pflege im Wandel veränderter Versorgungsstrukturen: Pflegeversicherung und ihre gesellschaftlichen Konsequenzen; In: Schroeter, K.R./Rosenthal, Th (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München. S.177-192.

Blüher, St./Stosberg, M. (2005b): Pflege zwischen Privatheit und Profession. Theoretische Überlegungen, empirische Befunde und praktische Konsequenzen; In: Bauer, P./Otto, U. (Hrsg.): Mit Netzwerken Professionell Zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen. S.335 - 367.

Boes, Ch. (2002): Der Beitrag von Pflegefachkräften ambulanter Pflegedienste in häuslichen Pflegesituationen. (Master-Arbeit). Witten, Herdecke.

Boes, Ch. (2003): Der Beitrag von Pflegefachpersonen ambulanter Pflegedienste in häuslichen Pflegesituationen; In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. 16. Jg., Heft 6. S.349-356.

Boes, Ch. u.a. (2003): Perspektiven zur Weiterentwicklung häuslicher Pflege. Mehr als ein Katalog einzelner Verrichtungen; In: Forum Sozialstation, Nr. 121, April. S. 42 – 44

Boucsein, L./Grunow, D. (2002): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege in Wuppertal. Einflussfaktoren und Effekte. Forschungsberichte aus dem Institut für Soziale Gerontologie und Alternsmedizin e.V. (02/ 2002). Wuppertal.

Braun, H./Articus, St. (1984): Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen. Eine empirische Untersuchung der Erscheinungsformen, Probleme und Unterstützungsmöglichkeiten. Melle.

Bröschen, E. (1983): Die Lebenslage älterer Menschen im ländlichen Raum. Eine empirische Untersuchung als Grundlage zur Planung von sozialen Diensten. Schriftenreihe des BMJFG, Band 137. Stuttgart.

Bromme, N.(1999): Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Bielefeld. S.99-106.

Bubolz-Lutz E. (2006): Pflege in der Familie. Perspektiven. Freiburg im Breisgau.

Bubolz-Lutz, E./Kricheldorf, C. (2009): „Pflegebegleiter“ – ein Modellprojekt des Forschungsinstituts Geragogik mit institutionellen Kooperationspartnern (1.11.2003 – 31.10.2008). Endbericht.

Einsehbar unter:

[http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Endbericht\\_Pflegebegleiter\\_8512.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Endbericht_Pflegebegleiter_8512.pdf)

(Stand: 16.11.2010)

Büscher, A. (2007): Negotiating Helpful Action. A Substantive Theory on the Relationship between Formal and Informal Care. Tampere.

Büscher, A. u.a. (2005): Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht. Bielefeld.

Einsehbar unter:

[http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/neueseiten/ag6/downloads/buescher\\_finanzierungsfragen.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/neueseiten/ag6/downloads/buescher_finanzierungsfragen.pdf)

(Stand: 16.11.2010)

Büscher, A. u.a. (2007): Auswirkungen von Vergütungsregelungen in der häuslichen Pflege. Ein Modellprojekt zur Einführung personenbezogener Budgets; In: Pflege & Gesellschaft, 12. Jg., Heft 4. S.343-359.

Büscher, A./Wingenfeld K. (2008): Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter; In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern. S.107-119.

Dahme, H.J. u.a. (1980): Die Neuorganisation der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege. Empirische Implementationsstudien in zwei Bundesländern. Bielefeld.

Damkowski, W./Luckey, K. (1990): Neue Formen lokaler Sozial- und Gesundheitsdienste, Köln.

Damkowski, W./Görres, St./Luckey, K. (1988): Sozialstationen. Konzept und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung. Frankfurt, New York.

Döhner, H./Kohler, S./Lüdecke, D. (2007): Pflege durch Angehörige - Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE; In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen, 34. Jg., Heft 3. S.9-14.

Döhner, H. u.a. (2007): Pflegebereitschaft in Familien – Entwicklungen in Europa; In: Igl, G./Naegel, G./Hamdorf, S. (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg. S.166-179.

Dörpinghaus, S./Weidner, F. (2006): Pflegekurse im Blickpunkt. Strukturen – Konzepte – Erfahrungen. Hannover.

Dörpinghaus, S. u.a. (2008): Überleitung und Case Management. Hannover.

Dunkel, W. (1994): The praxis of qualitative research: the dilemma of quality and efficiency. Some remarks on the problem of bringing these two together. Paper for the "Cultures of Care" Seminar "Biographical Methods for Comparative Social Policy". (Vortragsmanuskript). London.

Emmrich, D. (2002): Wie Pflegekräfte die Angehörigenpflege sehen; In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S.310-334.

Evers, A. (1988): Shifts in the Welfare Mix – Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy; In: Evers, A./Wintersberger, H. (Hrsg.): Shifts in the Welfare Mix. Their Impact on Work, Social Services and Welfare Policies. Contributions from Nine European Countries in a Comparative Perspective. Wien. S. 7-30.

Evers, A. (1993a): The Welfare Mix Approach. Understanding the Pluralism of Welfare Systems; In: Evers, A./Svetlik, I. (Hrsg.): Balancing Pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly, Avebury. Aldershot, Brookfield (USA), Hong Kong, Singapore, Sydney. S.3-31.

Evers, A. (1993b): Diversity and Transition: The Interaction of Professional and Informal Helpers in Home-Based Care Services for Elderly People; In: Twigg, J. (Hrsg.): Informal Care in Europe. Proceedings of a conference held in York. York. S.249-272.

Evers, A. (1994): Entgelt für häusliche Pflegeleistungen. Überlegungen zur Analyse eines internationalen Trends; In: von Kondratowitz, H.-J.(Hrsg.): Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen. Band 92. Berlin. S.187-201.

Evers, A./Olk Th. (1991): The Mix of Care Provisions for the Frail Elderly in the Federal Republic of Germany. Deficits, Changes and Prospects of Reform; In: Evers, A./Svetlik, I. (Hrsg.): New Welfare Mixes in Care for the Elderly. Volume 3. Canada, France, Germany, Italy, United Kingdom. S.59-100.

Evers, A./Olk, Th. (1995a): Dankbar für jede Hilfe? Angehörige im System der Altenhilfe; In: Evers, A./Pruckner B. (Red.): Pflege in der Familie? Politik, die hilft. Tagung zum Internationalen Jahr der Familie, Wien, 28. - 29. Januar 1994, Tagungsbericht, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien. S.67-79.

Evers, A./ Olk, Th. (1995b): Berücksichtigung und Unterstützung informeller Pflegehilfen durch offene bzw. ambulante Einrichtungen im Bereich der Altenpflegedienste - Eine Untersuchung am Beispiel einer nordrhein-westfälischen Region. Gießen, Halle.

Evers, A./ Olk Th. (1996a): Berücksichtigung und Unterstützung informeller Hilfeleistungen durch offene bzw. ambulante Einrichtungen im Bereich der Altenpflegedienste - Eine Untersuchung am Beispiel einer nordrhein-westfälischen Region. Düsseldorf.



Evers, A./ Olk, Th. (1996b): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen; In: Evers, A./ Olk Th. (Hrsg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen. S.347-372.

Evers, A./Pruckner-Riedel, B. (1995): Pflege in der Familie? Politik, die hilft; In: Evers, A./Pruckner-Riedel, B. (Red.): Pflege in der Familie? Politik, die hilft. Tagung zum Internationalen Jahr der Familie, Wien, 28. - 29. Januar 1994, Tagungsbericht. Wien. S.5-8.

Evers, A./Rauch, U. (1998): Pfleglichkeit und Nutzerorientierung – eine Untersuchung bei ambulanten Pflegeanbietern im Vogelsbergkreis. (Projektbericht). Gießen.

Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Band P99-107. Bielefeld.

Flick, U. (1991): Stationen des qualitativen Forschungsprozesses; In: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München. S.147-173.

Fringer, A./Büscher, A. (2006): Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Empirische Evaluation eines Beratungsstandards aus dem Kreis Soest. Witten, Herdecke.

Fringer, A./ Schnepf, W. (2008): MOBILE. Niedrigschwellige Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Juni 2005 bis Juli 2008. Endbericht. Witten/Herdecke.

Frommelt, M. u.a. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Freiburg.

Fuchs-Heinritz, W. (2007): Kooperation; In: Fuchs-Heinritz u.a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie, 4. grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden. S.365.

Fünfte Altenberichtskommission (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen; In: Deutscher Bundestag, Drucksache 16/2190, 6.7.2006. Berlin.

Garms-Homolová, V. (2008): Koproduktion in häuslicher Pflege – informelle Hilfe für Empfänger berufsmäßiger Pflege in elf europäischen Ländern: Die AdHOC- Studie; In: Zank, S./Hedtke-Becker, A. (Hrsg.): Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel. Europäische Perspektiven. Stuttgart. S.146-164.

Garms-Homolová, V./Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln: (Forschungsbericht)  
Einsehbar unter:  
[http://www.rothguenter.de/Texte/Garms-Homolova\\_Roth\\_Pflegemaengel\\_NRW\\_2004.pdf](http://www.rothguenter.de/Texte/Garms-Homolova_Roth_Pflegemaengel_NRW_2004.pdf)  
(Stand: 16.11.2010)

Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg im Breisgau.

Garms-Homolová, V./Hütter, U./Schaeffer, D. (1989): Ambulante Dienste für alte Menschen: Bedarf und Barrieren. Eine regionale Fallstudie zur häuslichen Versorgung durch Sozialstationen. Berlin.

George, W. (2005): Das Angehörigen-Assessment; In: George, W. (Hrsg.): Evidenzbasierte Angehörigenintegration. Lengerich/u.a.. S. 45 – 63.

Gerhardt, U. (1991): Typenbildung; in: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München. S.435-439.

Gerlinger, Th./ Röber, M. (2009): Die Pflegeversicherung. Bern.

Göpfert-Divivier, W. (1991): Bedarf und Hilfen Schritt für Schritt vernetzen. Die Elemente im Verbundsystem einer wirksamen Altenhilfe; In: Forum Sozialstation, (Nr. 56/1991), S.14-19.

Göpfert-Divivier, W./Lauer, H. (2001): Untersuchung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege. Hannover.

Görres, St. (2010): Differenzierte Modelle; In: Altenpflege, April, Heft 4, 36. Jg.. S. 49 – 51.

Görres, St./Hasseler, M./Mittnacht, B. (2008): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V., iap expert GmbH, Expertise für die Pflege. Bremen.

Einschbar unter:

[www.iap.uni-](http://www.iap.uni-bremen.de/iapexpert/pdf/Gutachten%20MdK%20Qualit%E4tspr%Cfcungen.pdf)

[bremen.de/iapexpert/pdf/Gutachten%20MdK%20Qualit%E4tspr%Cfcungen.pdf](http://bremen.de/iapexpert/pdf/Gutachten%20MdK%20Qualit%E4tspr%Cfcungen.pdf)

(Stand: 16.11.2010)

Grauhan, A. (1992): Krankenpflege - ein Beruf mit offenen Grenzen; In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift. (Nr.10/1992). S.715-719.

Gross, P. (1983): Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft. Opladen.

Gross, P./Badura, B. (1977): Sozialpolitik und Soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen; In: von Ferber, CH./Kaufmann, F.-X. (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik. Sonderheft 19. Opladen. S.361-385.

Grunow, D. (1992): Formen und Leistungsmöglichkeiten von Koordinationsstrukturen für die Versorgung älterer Menschen und ihrer Angehörigen auf dem Land; In: Langen, I./Schlichting, R. (Hrsg.): Altern und Altenhilfe auf dem Land. Zukunftsperspektiven. München. S.209-227.

Grunow, D. (1993): Ungenutzte Chancen. Sozialstationen in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung und Perspektiven, Quantitäten und Qualitäten; In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, Doppelheft Juli und August (Nr. 7 + 8). S.225-227.

Grunow, D./Hegner, F. (1981): Sozialstationen im Bereich der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege; In: Badura, B./von Ferber, Ch. (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. Die Bedeutung nicht-professionaler

Sozialsysteme für Krankheitsbewältigung, Gesundheitsvorsorge und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. München, Wien. S.39-66.

Grunow, D./Nothbaum-Leiding, B. (1993): Micro-Politics of Home Care Provision in the FRG. Vortragsmanuskript. Duisburg.

Grunow, D./Hegner, F./Lempert, J. (1979): Sozialstationen. Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste. Bielefeld.

Habermann, M./Biedermann, H. (2007): Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Frankfurt am Main.

Habermann, M./Biedermann, H. (2008): Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege; In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, St. (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim, München. S.308-332.

Hegner, F. (1979): Inwieweit sind Sozialstationen geeignet, die nicht-professionelle Erbringung sozialer Leistungen zu fördern?; In: Zeitschrift für Sozialreform, 25. Jg., H. 2. S.65-73.

Hegner, F. (1980): Fremdarbeit und Eigenarbeit in der ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege: Sozialstationen als Versuch einer Kombination professioneller und nicht-professioneller Hilfen für Kranke, Altersschwache und Behinderte. Berlin.

Heinemann-Knoch, M./de Rijke, J. (1987): Typische Familienkonstellationen alter Menschen, die zuhause von Sozialstationen betreut werden; In: Dieck, M./Heinemann-Knoch, M./de Rijke, J.: Alte Menschen in Pflegeverhältnissen. Materialien zum Vierten Familienbericht. Band 3. München. S.155-218.

Heinemann-Knoch, M./de Rijke, J./Schachtner, Ch. (1985): Alltag im Alter. Über Hilfsbedürftigkeit und Sozialstationen. Frankfurt, New York.

Heinemann-Knoch, M./Knoch, T./Korte, E. (2008): Hilfe – und Pflegearrangements älterer Menschen in Privathaushalten; In: Schneekloth, U./Wahl H.-W. (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart. S.146-171.

Heinemann-Knoch, M./Korte, E./Knoch, T. (2005): Zeitaufwand in der häuslichen Pflege. Helfen und sich helfen lassen; In: Forum Sozialstation, (Nr.137/2005), Dezember. S.40-44.

Heinemann-Knoch, M. u.a. (1982): Die Bedeutung ambulanter sozialer Dienste im familiären Lebensumfeld: Überlegungen am Beispiel der Sozialstationen; In: Kaufmann, F.-X. (Hrsg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie. München, Wien. S.243-266.

Heinze, R. G./Olk, Th./Hilbert, J. (1988): Der neue Sozialstaat. Analyse und Reformperspektiven. Freiburg im Breisgau.

Heusinger, J./Klunder, M. (2003): Sind Pflegebedürftige „noch“ selbst bestimmt? Überlegungen zur Steuerung des häuslichen Pflegeprozesses - ein milieuspezifischer Ansatz; In: Klie, Th. u.a. (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main. S.157-168.

Heusinger, J./Klunder, M. (2004a): Die Einflüsse des Milieus auf die Steuerung in häuslichen Pflegearrangements; In: Blüher, St./Stosberg, M. (Hrsg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden. S.183-196.

Heusinger, J./Klunder, M. (2004b): Strippen ziehen im Netzwerk. Zur Selbstbestimmung alter Menschen beitragen; In: Forum Sozialstation, (Nr.130/2004), Oktober. S.36-39.

Heusinger, J./ Klunder, M. (2005a): Die Bedeutung der professionell Pflegenden für die Netzwerke pflegebedürftiger älterer Menschen; In: Bauer,P./Otto, U. (Hrsg.): Mit Netzwerken Professionell Zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen. S.369-400.

Heusinger, J./Klunder, M. (2005b): „Ich lass` mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ – Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt am Main.

Heusinger, J./Klunder, M. (2005c): Steuerung in häuslichen Pflegearrangements; In: Klie, Th. u.a. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main. S.214-240.

Heusinger, J. (2008): Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen; In: Bauer, U./Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden. S.301-314.

Hildenbrand, B. (1991): Fallrekonstruktive Forschung; In: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München. S.256-260.

Höft-Dzemski, R. (1988): Ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste in der Bundesrepublik Deutschland - Anzahl, Personalstruktur, Leistungsspektrum, Versorgungsdichte; In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Nr. 3. S.79-84.

Hofemann, K./Naegele, G. (2003): Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit; In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München. S.217-242.

Holle, B. (2004): Die Finanzierung häuslicher Pflege aus der Sicht professionell Pflegender. (Master-Arbeit) Witten, Herdecke.

Jansen, B. (1997): Systematisierung ambulanter Angehörigenarbeit in der Altenhilfe (in ländlichen Regionen) und einige Desiderate an eine lebensweltorientierte Pflegeethik. (Inauguraldissertation). Kassel.

Jansen, B. (1998): Lebensweltorientierung und ambulante Pflege aus sozialgerontologischer Perspektive; In: Schmidt, R. u.a. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit. Band 6. Regensburg. S.99-113.

Jansen, B. (1999): Informelle Pflege durch Angehörige; In: Jansen, B. u.a. (Hrsg.) : Sozial Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel. S.604-628.

Jansen, B./Klie, Th. (1999): Häuslichkeit. Berichte und Fragen an Soziale Gerontologie und Pflegewissenschaft; In: Jansen, B. u.a. (Hrsg.): Handbuch Soziale Gerontologie. Weinheim, Basel. S.521-539.

Jansen, B./von Kardoff, E. (1995): Plädoyer für ein vernetztes Angebot. Das Rother Modell „Pflege für die Pflegenden“ erteilt isolierten Pflegekursen eine klare Absage; In: Forum Sozialstation, (Nr. 72/1995), Februar. S.14-20.

Jansen, D. (2006): Netzwerk, Soziales; In: Schäfers, B./Kopp, J. (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie, 9. grundlegend überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden. S.207-213.

Keupp, H. (1987): Soziale Netzwerke. Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs?; In: Keupp, H./ Röhrl, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt am Main, New York. S.11-53.

Keupp, H. (1988): Die Last der großen Hoffnungen. Gemeindepsychologie und sozialpolitische Potentiale sozialer Netzwerke; In: Blätter der Wohlfahrtspflege, (Nr.11/1988) S.257-259.

Kissels, U./Wallraffen-Dreisow, H. (1995): Der verzerrte Qualitätsbegriff. Von der Schwierigkeit, Qualität zu erkennen und zu verkaufen; In: Forum Sozialstation, (Nr.77/1995), Dezember. S.36-39.

Klaes, L. u.a. (2004): Altenhilfestruckturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Lage.

Klie, Th. (2004): Pflegebudget – Lernprojekt mit Perspektive; In: Forum Sozialstation, Nr. 128, Juni, S. 18 - 21.

Klie, Th (2007): Das Pflegebudget; In: Igl, G./Naegel, G./Hamdorf, S. (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg. S.208-224.

Klie, Th. (2009a ): § 8 Gemeinsame Verantwortung (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.148-155.

Klie, Th. (2009b): §112 Qualitätsverantwortung (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.1042-1046.

Klie, Th. (2009c): §113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.1046-1054.

Klie, Th. (2009d ): §113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.1054-1061.

Klie, Th. (2009e ): § 114 Qualitätsprüfungen (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.1064-1070.

Klie, Th. (2009f): § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.1071-1076.

Klie, Th. (2009g): § 115 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.1076-1087.

Klie, Th./Blaumeiser, H. (2002): Perspektive Pflegemix. Pflegekulturelle Orientierungen im Wandel und die Zukunft der Pflege; In: Klie, Th. u.a. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt am Main. S.132-152.

Knoch, T./Korte, E./Heinemann-Knoch, M. (2005): Helfen und sich helfen lassen. Stabilität und Leistungsfähigkeit häuslicher Pflegearrangements; In: Forum Sozialstation, (Nr.135/2005), August. S.32-34.

Krahmer, U. (2009a): §3 Vorrang der häuslichen Pflege (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.89-93.

Krahmer, U. (2009 b): § 4 Art und Umfang der Leistungen (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.93-99.

Krahmer, U. (2009c): § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.565-570.

Kretschmann, R. (1986): Belastungen von Gemeindegemeinschaften bei der Betreuung und Pflege alter Menschen; In: Ostermann, K./Radebold, H./Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Lebensqualität und Alter. Kassel. S.71-80.

Kruse, A. (2007): Pflege als gesellschaftliche und ethische Herausforderung der Seniorenpolitik im Blick auf Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Personen; In: Igl, G./Naegel, G./Hamdorf, S. (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg. S.6-17.

Kuhlmey, A. u.a. (2010): COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege; In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen 37. Jg., Heft 4, S.4-11.

Kuhlmey, A. (2011): „Guter Versorgungsmix wird entscheidend sein“; In: Häusliche Pflege, Juni, Heft 6, 20. Jg., S. 18 – 19 (Interview mit Prof. Dr. A. Kuhlmey).

Kvale, St. (1991): Validierung: Von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln; In: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München. S.427-431.

Lademann, J. (2007): Intensivstation zu Hause. Pflegende Angehörige in High-tech Home Care. Bern.

Lamnek, S. (1988): Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. München/Weinheim.

Lamnek, S. (1989): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. München.

Leichsenring, K. (2008): Die Bedeutung integrierter Versorgungsnetzwerke in Europa: Ergebnisse aus dem europäischen Forschungsprojekt PROCARE; In: Zank S./Hedtke-Becker, A. (Hrsg.): Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel. Europäische Perspektiven. Stuttgart. S.117-129.

Linden, M. u.a. (2010): Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter; In: Lindenberger, U. u.a. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin. S.499-519.

Loffling, D. (2011): Gute Pflege für die Pflege; In: Häusliche Pflege, April, Heft 4, 20. Jg.. S. 45 – 48.

Ludwig, A. (2002): Die Besonderheiten in häuslichen Pflegearrangements isoliert lebender, pflegebedürftiger, alter Menschen aus der Sicht von ambulant tätigen Pflegekräften. (Masterarbeit). Witten, Herdecke.

Lüdecke, D. (2007): Häusliche Pflegearrangements. Eine qualitative Studie protektiver und destabilisierender Faktoren. Saarbrücken.

Lüdecke, D./Kohler, S. (2008): The Service Providers Survey; In: Döhner, H. u.a. (Hrsg.): Family Care for Older People in Germany. Results from the European Project EUROFAMCARE. Berlin. S.199-238.

Lüdecke/Mnich (2009): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Unterschiede von pflegenden Männern und Frauen, Vortrag, Tagung vom 26. – 28. März in Halle (Saale), Tagungsthema: „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“; In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8. Jg., Heft 27. S.3-20.

Lüdecke, D./Mnich, E./Kofahl, Ch. (2008): Characteristics of the Sample; In: Döhner, H. u.a. (Hrsg.): Family Care for Older People in Germany. Results from the European Project EUROFAMCARE. Berlin. S.107-124.

Lüders, I. (1994): Angehörige in der Pflege, Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem; In: Braun, H. u.a. (Hrsg.): Zukunft der Pflege. Beiträge zur Pflegediskussion in Altenarbeit und Gerontologie. Melsungen. S.165-183.

Mayring, P (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. München.

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Köln/Essen.

MDS (2007): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Zweiter Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Köln/Essen.

Moers, M. (1995): Verlaufskurven-Arbeit. Anforderungen an die Häusliche Pflege bei Schwerstpflegebedürftigkeit am Beispiel von Aids-Erkrankten; In: Häusliche Pflege, (Nr.9/1995). S.670-679.

Naegele, G. (2007): Pflege(versicherungs)politik - Bilanz und Erwartungen; In: Igl, G./Naegele, G./Hamdorf, S. (Hg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg. S.18-34.

Nestmann, F. (1989): Förderung sozialer Netzwerke - eine Perspektive pädagogischer Handlungskompetenz?; In: Neue Praxis, (Nr.2/1989). S.107-123.

Nothbaum-Leiding, B. (1990): Organisationsprobleme der ambulanten Altenpflege im kommunalen Netzwerk einer ländlichen Region; In: Breitkopf, H./Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Sozialpolitik jenseits von Markt und Staat? Beiträge zur Analyse der Entwicklung einer gesellschaftspolitischen Alternative. Bielefeld. S.43-76.

Nothbaum-Leiding, B. (1991): Gemeindenahe Netzwerkförderung - Eine Strategie zur Lösung des sozialpolitischen Problems ambulanter Versorgung älterer Menschen auf dem Land?; In: Dewe, B./Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Netzwerkförderung und soziale Arbeit. Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern. Bielefeld. S.95-129.

Olk, Th. (1985): Der informelle Wohlfahrtsstaat – Beziehungsprobleme zwischen Sozialarbeit und nicht-professionellem Helfesektor; In: Olk, Th./ Otto, H.-U. (Hrsg.): Der Wohlfahrtsstaat in der Wende: Umrisse einer zukünftigen Sozialarbeit. Weinheim, München. S.122-151.

Olk, Th./Heinze, R.G. (1985): Selbsthilfe im Sozialsektor - Perspektiven der informellen und freiwilligen Produktion sozialer Dienstleistungen; In: Olk, Th./Otto, H.-U. (Hrsg.): Lokale Sozialpolitik und Selbsthilfe, Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit 4. Neuwied, Darmstadt. S.233-267.

Ostner, I./Krutwa-Schott, A. (1981): Krankenpflege – ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung. Frankfurt am Main/New York.

Ostner, I./Beck-Gernsheim, E. (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt am Main/New York.

Otto, U. (2005): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung älterer Pflegebedürftiger: Potentiale, Grenzen und Interventionsmöglichkeiten im Lichte demografischer Befunde; In: Otto, U./Bauer, P. (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell Zusammenarbeiten. Band I: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. Tübingen. S.471-513.

Pfau-Effinger, B./ Och R./ Eichler, M. (2008): Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen; In: Evers, A./Heinze, R.G. (Hrsg): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden. S.83-98.

Plantholz, M. (2009): § 37 Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.404-415.

Plantholz, M./Pöld-Krämer, S. (2009): § 28 Leistungsarten, Grundsätze (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Kramer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.346-360.

Reichert, J. (1991): Objektive Hermeneutik; In: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München. S. 223-228.



Rammstedt, O (2007): Kommunikation, direkte; In: Fuchs-Heinritz, W. u.a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie, 4., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden. S. 343.

Reimann, H. (1989): Kommunikation; In: Endruweit, G./ Trommsdorff, G. (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie, Band 2. Stuttgart. S.343 - 348.

Rosenthal, G. (1987): "... Wenn alles in Scherben fällt ..." Von Leben und Sinnwelt der Kriegsgeneration. Typen biographischer Wandlung. Opladen.

Rosenthal, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt am Main.

Röber, M. (2008): Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements. Hilfemixes in der häuslichen Pflege. Saarbrücken.

Röhrle, B./Stark, W. (1985) Soziale Stützsysteme und Netzwerke im Kontext klinisch-psychologischer Praxis; In: Röhrle, B./Stark, W. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis. Tübingen. S.29-41.

Röttger-Liepmann, B. (2007): Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen. Weinheim, München.

Roth, G. (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. (Nationale und internationale Forschungsergebnisse). Berlin  
Einsehbar unter:

[http://www.rothguenter.de/Texte/Roth\\_BMFSFJ\\_2001\\_Pflege\\_Qualitaet\\_Maengel\\_ambulant.pdf](http://www.rothguenter.de/Texte/Roth_BMFSFJ_2001_Pflege_Qualitaet_Maengel_ambulant.pdf)

(Stand: 16.11.2010)

Roth, G. (2003a): Die Schwankungsbreite ist groß. Erste bundesweite empirische Studie zu Qualitätsmängeln in der ambulanten Pflege; In: Häusliche Pflege, 12.Jg., 5. S.16-22.

Roth, G. (2003b): Qualität der Dienstleistung ambulante Pflege. Nationale und internationale empirische Befunde; In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health, 11. Jg., 5. Beiheft. S.62-96.

Einsehbar unter:

[http://www.rothguenter.de/Texte/Roth\\_2003\\_Pflegequalitaet\\_ambulant\\_ZfG.pdf](http://www.rothguenter.de/Texte/Roth_2003_Pflegequalitaet_ambulant_ZfG.pdf)

(Stand: 16.11.2010)

Roth, G (2007a): Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes; In: Berliner Journal für Soziologie. 1/07. S.77-96.

Einsehbar unter:

[http://www.rothguenter.de/Texte/Roth\\_2007\\_Dilemmata\\_der\\_Altenpflege\\_BJS.pdf](http://www.rothguenter.de/Texte/Roth_2007_Dilemmata_der_Altenpflege_BJS.pdf)

(Stand: 27.11.2010)

Roth, G. (2007b): Qualitätsprobleme in der Altenpflege: Versuch einer soziologischen Aufklärung; In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft. 01/07. S.42-51.

Einsehbar unter:

[http://www.rothguenter.de/Texte/Roth\\_2007\\_Pflegequalitaet\\_ZfG\\_PRINTERNET.pdf](http://www.rothguenter.de/Texte/Roth_2007_Pflegequalitaet_ZfG_PRINTERNET.pdf)

(Stand: 27.11.2010)

Roth, G. (2009): Das Leiden älterer Menschen im deutschen Wohlfahrtsstaat. Probleme, Hintergrund und Perspektiven einer professionellen Altenhilfe und Sozialarbeit; In: np.

neue praxis - Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Nr. 3. S.233-252.

Einschbar unter:

[http://www.rothguenter.de/Texte/Roth\\_2009\\_Altenhilfe\\_Review\\_np.pdf](http://www.rothguenter.de/Texte/Roth_2009_Altenhilfe_Review_np.pdf)

(Stand: 27.11.2010)

Roth, G./Stockmann, N./Scheibenzuber, H. (2007): Entwicklung ambulanter sozialer und gesundheitlicher Dienste in Niedersachsen. Studie der Fachhochschule im DRK. Göttingen.

Einschbar unter:

[www.rothguenter.de/\\_Texte/DRK\\_AMB\\_DIENSTE\\_2007.pdf](http://www.rothguenter.de/_Texte/DRK_AMB_DIENSTE_2007.pdf)

(Stand: 16.11.2010)

Rothgang, H. (2009): Theorie und Empirie der Pflegeversicherung; In: Schmäh, W. (Hrsg.): Beiträge zur Sozial- und Verteilungspolitik, Band 7. Berlin.

Runde, P. u.a. (1999): Die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und seine Wirkungen auf den Bereich der häuslichen Pflege. Band II. Die Wirkungen auf Einstellungen und Verhalten (RPF). Hamburg.

Runde, P. u.a. (2009): Pflegeaufwand und Mitteleinsatz – Zwischenbericht zu Ergebnissen der schriftlichen Befragung von AOK-Leistungsempfängern, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung (RPF). Hamburg.

Runder Tisch Pflege; Arbeitsgruppe III (2005): Entbürokratisierung.

Einschbar unter:

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/ergebnisse-ag3-entbuerokratisierung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

(Stand: 13.06.2011).

Schaeffer, D. (2000): Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema; In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Jg. 13, Heft 1, S.17-26.

Schaeffer, D./Ewers, M. (2002): Alltägliche Herausforderungen bei der häuslichen Pflege Schwerkranker; In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S.179-198.

Schaeffer, D./Büscher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen; In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, (Nr.6/2009). S.441-451.

Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (2008): Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen; In: Pflege & Gesellschaft, 13. Jg., Heft 4. S.293-305.

Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen; In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern. S.352-369.

Scheff, Th. (1966): Being Mentally Ill. A Sociological Theory. Chicago.

Schiffer-Werneburg, M.-L. (2009a): § 7 a Pflegeberatung. Kommentar; In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.116-148.

Schiffer-Werneburg, M.-L. (2009b): § 92 c Pflegestützpunkte. Kommentar; In: Klie, Th./Krahmer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.933-959.

Schimank, U. (2006): Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurstheoretische Soziologie. Weinheim / München.

Schmitz, U./ Rammstedt, O (2007): Kommunikation, indirekte; In: Fuchs-Heinritz, W. u.a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie, 4., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden. S. 344.

Schneekloth, U. u.a. (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. (Endbericht). Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 111.2. Stuttgart, Berlin, Köln.

Schneekloth, U./Müller, U. (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. (Forschungsprojekt) Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 127. Baden-Baden.

Schneekloth, U. (2008): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung; In: Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart. S.57-102.

Schnepp, W./Fringer, A./Budroni, H. (2009): „Familienorientierte Pflege“ – eine Notwendigkeit?; In: Pflegezeitschrift, Jg. 62, Heft 2, 108 – 109 .

Schroeter, K.R. (2004): Der pflegerische Blick. „The Nursing Gaze – Big Sister is Watching You“; In: Blüher, S./Stosberg, M. (Hrsg.): Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden. S.139-166.

Schroeter, K.R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim, München.

Schroeter, K.R. (2008): Pflege in Figurationen – ein theoriegeleiteter Zugang zum `sozialen Feld der Pflege`; In: Bauer, U. / Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden. S.49-77.

Schülke, H. (2008a): MDS-Bericht mit Qualitätsmängeln. Ergebnisse des 2. Pflegequalitätsberichts des MDS auf dem Prüfstand; In: Häusliche Pflege, Nr. oder ähnliches? Januar. S.24-27.

Schülke, H (2008b): Wer prüft die MDK-Prüfer? Die Qualifikation der Prüfer und das Qualitätsmanagement beim MDK – Einordnungen; In: Häusliche Pflege, Nr. oder ähnliches??, März. S.39-41.

Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. München / Wien / Baltimore.

Steiner-Hummel, I. (1993): Angehörige im Pflegedreieck. Die ungeliebten Dritten. Wie man sie versteht, unterstützt und ermutigt; In: Forum Sozialstation, (Nr. 63/1993). S.10-16.

Steiner-Hummel, I. (1995): Partnerinnen im Pflegeprozeß. Angehörigenorientierung als Postulat.; In: Häusliche Pflege, (Nr.3/1995). S.187-189.

Stemmer, R. (2006): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege – pflegewissenschaftliche Perspektiven. Abstract für eine Fachtagung zur Pflegequalitätssicherung an der Hochschule Bremen vom 14. Juni 2006.

Einschbar unter:

[http://www.hs-bremen.de/mam/hsb/fakultaeten/f3/forschung/stemmer\\_qualitaetssicherung\\_ambulant.pdf](http://www.hs-bremen.de/mam/hsb/fakultaeten/f3/forschung/stemmer_qualitaetssicherung_ambulant.pdf)

Stand (16.11.2010)

Stemmer, R. (2009a): Vorwort der Herausgeberin; In: Stemmer, R. (Hrsg.): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover. S. 9-10.

Stemmer, R. (2009b): Messung von Ergebnisqualität in der Pflege; In: Stemmer, R. (Hrsg.): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover. S.79-100.

Stiller-Harms, C. (2007): Situation der Pflegenden aus Sicht der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; In: Igl, G./Naegele, G./Hamdorf, S. (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg. S.135-143.

Stratmeyer, P. (2005): Gegenseitig inspirieren. Systembedingungen pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege; In: Nightingale. Beiträge aus der Pflegeforschung für die Pflegepraxis, (Nr.1/2005). S.22-32.

Strauss, A. et al (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie; In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 32. S.629-651.

Strauss, A. et al (1985): Social Organization of Medical Work. Chicago.

Strauss, A. (1985): Work And The Division Of Labour; In: The Sociological Quarterly. Volume 26, Number1. S.1-19.

Strauss, A. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München.

Trilling, A./Klie, Th. (2003): Die Ermittlung von pflegeskultureller Orientierung und Pflegebereitschaft als Instrument kommunaler Altenhilfeplanung; In: Klie, Th. u.a. (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main. S.111-120.

Trojan, A. (1985) Netzwerkförderung als Prävention; In: Röhrle, B./Stark, W. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis. Tübingen. S.42-50.

Trojan, A. u.a. (1987): Selbsthilfe, Netzwerkforschung und Gesundheitsförderung. Grundlagen "gemeindebezogener Netzwerkförderung" als Präventivstrategie; In: Keupp, H./Röhrle, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt am Main/New York. S.294-317.

Twigg, J./Atkin, K. (1994): Carers Perceived. Policy and practice in informal care. Buckingham / Philadelphia.

Twigg, J. (1995): Pflegende Angehörige und Dienste: eine schwierige Annäherung; In: Evers, A./Pruckner, B. (Red.): Pflege in der Familie? Politik, die hilft. Tagung zum Internationalen Jahr der Familie, Wien, 28. - 29. Januar 1994. Tagungsbericht, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien. S.57-65.

Twigg, J. (1989): Models of Carers: How Do Social Care Agencies Conceptualise Their Relationship With Informal Carers?; In: Journal of Social Policy. Band 18, Abschnitt 1. S.53-66.

Ulmer, B. (1988): Konversionserzählungen als rekonstruktive Gattung. Erzählerische Mittel und Strategien bei der Rekonstruktion eines Bekehrungserlebnisses; In: Zeitschrift für Soziologie. 17. Jg., Heft 1. S.19-33.

Vogel, G. (2009): § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Gesetzestext und Kommentar); In: Klie, Th./Kramer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden. S.415-427.

von Winter, Th. (2003): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit; In: Klie, Th. u.a. (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorenübergreifender Perspektive. Frankfurt am Main. S.7-25.

von Kardoff, E./Stark, W. (1987): Zur Verknüpfung professioneller und alltäglicher Hilfenetze; In: Keupp, H./Röhrle, B. (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Frankfurt am Main, New York. S.219-244.

Voss, F. (1993): Pflegerisch-medizinische Arbeit im formal organisierten Sozialsystem des Krankenhauses. Eine theoretisch und empirisch vergleichende Analyse system- und subsystemspezifischer Einflüsse auf den Pflegeprozeß. Bochum.

Wendt, W.R. (1988a): Case Management - Netzwerken im Einzelfall. Unterstützungsmanagement als Aufgabe sozialer Arbeit; In: Blätter der Wohlfahrtspflege, (11/1988). S.267-269.

Wendt, W.R. (1988b): Soziale Einzelhilfe: Von der Falldiagnose zum Unterstützungsmanagement; In: Brennpunkte Sozialer Arbeit. Schriftenreihe für Studierende, Lehrende und Praktiker. Frankfurt. S.9-30.

Wendt, W.R. (1991): Die Handhabung der sozialen Unterstützung. Eine Einführung in das Case Management; In: Wendt, W. R. (Hrsg.): Unterstützung fallweise: Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg im Breisgau. S.11-55.

Wendt, W.R. (1992): Notwendiges einschätzen, gemeinsam planen, Verantwortung teilen; In: Forum Sozialstation, (Nr. 59/1992), Sommer. S.12-14.

Wendt, W.R. (1993a): Entwicklungslinien in der ambulanten sozialpflegerischen Versorgung; In: Wendt, W. R. (Hrsg.): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation. Freiburg im Breisgau. S.7-44.

Wendt, W. R. (1993b): Case Management. Zusammenarbeit und Vernetzung in der Pflege; In: Häusliche Pflege, (Nr.4/1993). S.196-203.

Wendt, W. R. (2009): Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter?; In: Wendt, W. R./Locherbach, P. (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Berlin und Hamburg. S.1-52.

Wendt, W. R. (2010a): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Fünfte überarbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau.

Wendt, W.R (2010b): Care und Case Management; In: Aner, K./Karl, U. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden. S.215-222.

Wiedemann, P. (1991): Gegenstandsnahe Theoriebildung; In: Flick, U. u.a. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München. S.440-445.

Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt.

Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview; In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Belz/Weinheim. S. 227 - 255.

Zeman, P. (1993): Linkage Models and Communication Problems: Informal and Formal Carers of Older People; In: Twigg, J. (Hrsg.): Informal Care in Europe. Proceedings of a conference held in York, Social Policy Research Unit. York. S.235-247.

Zeman, P. (1994): Informelle und formelle Helfer in der häuslichen Versorgung alter Menschen - Sozialpolitische Verknüpfungskonzepte und Alltagsinteraktionen; In: von Kondratowitz, H.-J (Hrsg.): Die gesellschaftliche Gestaltbarkeit von Altersverläufen. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Band 92. Regensburg. S.171-185.

Zeman, P. (1996): Häusliche Altenpflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen; In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Diskussionspapiere. Nr. 4. Berlin

Zeman, P. (1997): Häusliche Altenpflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen; In: Braun, U./Sschmidt, R. (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Band 1. Regensburg. S.97-112.

Zeman, P. (1998a): Lebenswelt und Professionen in der Pflege: Schnittstellenprobleme – Vernetzungschancen; In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch des DZA 1997. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Alterssozialpolitik. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Band 3. Regensburg. S.71- 79.

Zeman, P. (1998b): Vernetzung von Lebenswelt und Professionen in der Pflege; In: Schmidt, R./Thiele, A. (Hrsg.): Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Evangelische Heimstiftung e.V. Stuttgart, Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung. Band 4. Berlin/Regensburg. S.111-120

Zeman, P. (1999): Probleme der Vernetzung von sozialen Diensten und Lebenswelt in häuslichen Altenpflegearrangements. In: Naegele, G./Schütz, R.-M. (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck. Opladen/ Wiesbaden. S.375-387.

Zeman, P. (2000): Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege; In: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung (Hrsg.): Band 9. Regensburg.

Zeman, P. (2002): Häusliches Altenpflegearrangement: Mikropolitik und Vertrauen; In: Klie, Th. u.a. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt am Main. S.153-174.

Zeman, P. (2005a): Pflege in familialer Lebenswelt; In: Schroeter, K.R./Rosenthal, Th. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim/München. S.247-262.

Zeman, P. (2005b): Altenpflegearrangements: Vernetzung der Netzwerke; In: Bauer, P./Otto, U. (Hrsg.): Mit Netzwerken Professionell Zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen. S.315-333.

Zeman, P. (2008): Informelle Netze und Selbsthilfe und ihr Beitrag zur Versorgung alter Menschen; In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern. S.297-307.

## VII Abkürzungsverzeichnis

d.h.	das heißt
Dr.	Doktor
ebd.	Ebenda
eds.	editors
et al	und andere
EG	Europäische Gemeinschaft
MDKen	Medizinische Dienste der Krankenkassen
MDS	Medizinische Dienste der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
med.	medicinae
PVG	SGB XI
rer.	rerum
SGB	Sozialgesetzbuch
soc.	socialium
sog.	sogenannt
u.a.	und andere
vgl.	vergleiche



## VIII Danksagung

Die Erstellung der vorliegenden Dissertation zog sich über viele Jahre hin. Wiederholte Phasen geringer Arbeitsintensität wie auch eine zwischenzeitliche Unterbrechung des gesamten Arbeitsprozesses waren durch persönliche Schicksalsschläge bedingt. Den beiden Projektleitern des KASSELER EG-Projektes (1986 - 1990), Professor Dr. Dieter Grunow und Professor Dr. Hartmut Radebold, danke ich für die mir als ehemaliger Projektmitarbeiterin erteilte Genehmigung, empirisches Material eines Teilprojektes zu Zwecken der Dissertation zu benutzen: Daten der KASSELER Pflegedienst-Studie (1988 - 1990). Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Professor Dr. Dieter Grunow. Seine Unterstützung nach Abschluss des Kasseler EG-Projektes war für mich von unschätzbarem Wert. Ich danke ihm für die konstruktive Kritik, mit der er den Arbeitsprozess begleitet und den Fortgang der Arbeit inhaltlich gefördert hat. Danke sage ich ihm für seine nahezu unendliche Geduld, sein in mich gesetztes Vertrauen und seine fortwährende Motivation, diese Arbeit zu Ende zu schreiben. Mein Dank gilt auch der befragten Pflegekraft für die Bereitschaft, sich auf einen wissenschaftlichen Forschungsprozess einzulassen. Danke sage ich Professor Dr. Adalbert Evers und Professor Dr. Thomas Olk, Charlotte Boes, Dr. Anja Ludwig, Dr. Bernhard Holle, André Fringer und Ph.D. Andreas Büscher: Sie haben mir freundlicherweise Einblick in ihre wissenschaftlichen Forschungsarbeiten gewährt. Danke sage ich auch Dr. Hildegard Küllchen, Dr. Christiane Rasmus und Dr. Uwe Leiding: Sie haben in zahlreichen inspirierenden Diskussionen ihre sozialwissenschaftliche, psychologische und medizinische Sicht eingebracht. Viele Menschen, die gar nicht alle namentlich genannt werden können, haben mich während des Arbeitsprozesses auf unterschiedliche Weise unterstützt und gefördert: durch praktische Hilfen, durch interessierte Nachfragen nach dem Stand der Dinge, durch kritisches Zuhören, Lesen und Kommentieren. Dafür danke ich allen sehr herzlich. Jennifer Stachowiak danke ich für die Unterstützung bei der Formatierung der vorliegenden Arbeit. Dankbar bin ich meiner Familie: Sie hat mich unterstützt, hat meine Entscheidungen mitgetragen und mir stets einen sicheren Kontext geboten.

Danke!